

SUSANNA PALOMÄKI

# Asiakkaan kokemukset hoidosta ja kohtelusta erikoissairaanhoidossa



SUSANNA PALOMÄKI

Asiakkaan kokemukset  
hoidosta ja kohtelusta  
erikoissairaanhoidossa

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston

yhteiskuntatieteiden tiedekunnan tiedekuntaneuvoston

suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi

Tampereen yliopiston Virta-rakennuksen auditoriossa 109

Åkerlundinkatu 5, Tampere,

24. päivänä toukokuuta 2019 klo 12

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA  
Tampereen yliopisto  
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

<i>Vastuuohjaaja ja Kustos</i>	Professori Irene Roivainen Tampereen yliopisto Suomi	
<i>Ohjaaja</i>	Yliopistonlehtori Anna Metteri Tampereen yliopisto Suomi	
<i>Esitarkastajat</i>	Dosentti Ilmari Rostila Jyväskylän yliopisto Suomi	Professori Aini Pehkonen Itä-Suomen yliopisto Suomi
<i>Vastaväittäjä</i>	Dosentti Pirkko-Liisa Rauhala Helsingin yliopisto Suomi	

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla.

Copyright ©2019 tekijä

Kannen suunnittelu: Roihu Inc.

ISBN 978-952-03-1066-0 (painettu)  
ISBN 978-952-03-1067-7 (verkkojulkaisu)  
ISSN 2489-9860 (painettu)  
ISSN 2490-0028 (verkkojulkaisu)  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-1067-7>

PunaMusta Oy – Yliopistopaino  
Tampere 2019

# Alkusanat

Opintojen loppumetreillä tulee väistämättä pohtineeksi, mistä kaikki aikanaan alkoi. Innostuin sosiaalityön jatko-opinnoista Sosnetin erikoissosiaalityöntekijäkoulutuksen myötä vuonna 2008, erikoistuin kuntouttavaan sosiaalityöhön ja valmistuin yhteiskuntatieteiden lisensiaatiksi tammikuussa 2013. Lisensiaatintutkimukseni tarkastustilaisuudessa marraskuussa 2012 keskustelimme ohjaajien ja tarkastajien kanssa sosiaalityön opintojen jatkamisesta. Keväällä 2013 hain jatko-opiskeluoikeutta sosiaalityön tohtoriopintoihin ja ilokseni sain jatkaa yhteistyötä pitkäaikaiseni ohjaajani sosiaalityön professori Irene Roivaisen ja terveysosiaalityön ja globaalin sosiaalityön asiantuntijana ansioituneen yliopistonlehtori Anna Metterin ohjauksessa.

Koska olen opiskellut pitkälti sairaalan sosiaalityöntekijän päivätyöni ohella, ohjaajien rooli on ollut vaativa ja yhdessä olemme käyneet läpi monenlaisia vaihteita. Irene ja Anna – te rohkaisitte minua kohtaamaan vaikeat tilanteet perääntymättä ja periksi antamatta. Sanat eivät riitä kuvaamaan kiitollisuuttani teitä kohtaan. Irene, en tule koskaan unohtamaan tuttuja lauseitasi: ”Kill your darlings” ja ”mieluummin vähästä paljon kuin paljosta vähän”. Lauseet eivät ole jääneet vain sanahelinäksi, niistä on tullut elämänohjeita ja niiden sisältöä olen käytännössä opetellut jo vuosia. Olet saatellut minut ensin yhteiskuntatieteiden maisteriksi, sitten lisensiaatiksi ja nyt tohtoriksi. Olen kiitollinen siitä, että olen saanut tehdä omia tutkimuksellisia ratkaisujani ja olet kannustanut minua uusiin aluevaltauksiin. Anna, ihailen asiakaskeskeisyyttäsi ja haluasi viedä tärkeiksi kokemiasi asioita eteenpäin henkilökohtaisia uhrauksia ja vaivoja laskematta. On ollut hienoa jakaa yhteinen kiinnostus terveysosiaalityöhön. Kiitos aina niin hyvästä paneutumisesta teksteihini ja kielenhuoltoon liittyvistä kommentteistasi.

Lämmin kiitos esitarkastajilleni dosentti Ilmari Rostilalle ja professori Aini Pehkoselle. Ilmari, kiitos tarkoista tutkimustyöhöni liittyvistä huomioista, joita ilman lopputulos ei olisi sellainen kuin se nyt on. Kiitos Ainille kannustavista sanoistasi ja asiakastyön esillä pitämisen tärkeyden muistuttamisesta tutkimuksen kentällä. En voisi edes kuvitella tutkimustyötä ilman sosiaalityön kenttätössä saatua multaa kynsieni alla. Asiakastyön tärkeys

kiteytyy asiakkaalta saamaani palautteeseen: ”Eeva Kilven sanoin: Nosta jalka kaasulta, perhonen ylittää tien. Olet osa tätä runoa”. Iso kiitos dosentti Pirkko-Liisa Rauhalalle lupautumisesta vastaväittäjäkseni. On etuoikeus saada nauttia asiantuntijuudestasi väitöspäivänäni.

Kiitos ammatilliselle esimiehelleni ja kanssatutkijalleni Anni Vanhalalle yhteisistä tutkimushankkeista, luennoista ja ikimuistoisista konferenssimatkoista ulkomailla – toivottavasti niitä tulee lisää! On ollut etuoikeus työskennellä alaisenasi ja kokea olevansa tasavertainen kohtaamisissa ja tutkimuksen tekemisessä. Kiitos jo edesmenneelle ammatilliselle mentorilleni Pirjo Havukaiselle! Olisin halunnut jakaa väitöspäiväni sinun kanssasi. Kiitos ammatillisen perinnön jättämisestä, jota lupaan omalta osaltani vaalia.

Olen kiitollinen Tampereen yliopiston Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikölle määräaikaisesta yliopisto-opettajan työsuhteesta, jossa sain nopeasti pyörähtää v. 2015–2016. Se antoi uutta potkua tutkimustyölleni ja ennen kaikkea tilaisuuden opettaa minulle niin tärkeitä käytännön sosiaalityön taitoja. Kiitos monista hyvistä keskustelutuokioista Satu Ylinen ja Tarja Vierula sekä monet muut, jotka olette tavalla tai toisella jakaneet yhteisiä hetkiä tutkimusmatkani aikana. Kiitos Tampereen yliopistolle myös viimeistelyapurahan myöntämisestä.

Kiitän työnantajaani Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä ja erityisesti TAYS:n nuorisopsykiatrian poliklinikan esimiehiä: vastuualuejohtaja Riittakerttu Kaltiala-Heinoa ja oyl Jaana Ruuskaa kärsivällisyydestänne ja opintovapaiden myöntämisestä välillä hyvin nopealla aikataululla. Lämmin kiitos jo vuosia jatkuneesta hyvästä ja joustavasta yhteistyöstä el Timo Holttinen ja tiimi 1 (Kiitos Tiina, Marita, Satu, Vesa ja Sini sekä erikoistuvat lääkärit). Kiitos myös minulle kahdesti myönnetystä Valtion tutkimusapurahasta sekä kliinisestä tutkijakuukaudesta.

Kiitän rakkaita ystäviäni Marjatta Jääskeläistä, Eija Karjalaista ja Emma Koivukoskea, jotka ovat jakaneet kanssani elämisen kirjoa niin tutkimukseen liittyen kuin sen ulkopuolella. Apunne on ollut korvaamatonta ja te tiedätte, mitä tarkoitan! Jotta elämä olisi muutakin kuin tutkimuksen tekemistä ja työssäkäyntiä, kiitos seurakunnalle ja Toivonliekki-kuorolle. Käsittämätöntä, miten musiikki voi virvoittaa niin henkeä kuin ruumista. Koko tutkimustyöni ajan olen hoitanut kunnallisia luottamustehtäviä kunnanvaltuutettuna ja perusturvalautakunnan jäsenenä, mikä on antanut näkemystä sosiaalityöhön ja toisinpäin.

Vanhemmilleni Tuire Heitolle ja Jaakko Rissaselle olen velkaa koko elämäni. Olen onnellinen, että juuri te olette minun vanhempiani. Kiitos tuestanne ja kannustuksestanne erityisesti huonoina hetkinä. Kiitos äitini puolisolle Eero Heitolle englannin kielitaitoni hiomisesta ja isäni puolisolle Eila Rissaselle tutkimustyöni oikolukemisesta. Isot kiitokset myös rakkaille pikkuveljilleni Samuli ja Simo Rissaselle. Te olette opettaneet minulle niin paljon elämästä, molemmat omalla tavallanne. Haluan osoittaa kiitokset jo edesmenneille isovanhemmilleni Taimi ja Vilho Lahtiselle sekä Tyyne ja Onni Rissaselle, jotka sain pitää elämässäni aikuisuuteen saakka. Isovanhemmat opettivat minut arvostamaan koulutusta.

Erityiset kiitokset isoäidilleni Tyynelle, joka teroitit mieleeni jo lapsesta saakka: ”Sitä, mitä on saanut, pitää käyttää”. Isoimmat kiitokset kuuluvat kotijoukoille ja rakkaalle puolisol-  
leni Tuomolle, jonka kanssa olemme kulkeneet yhteistä matkaa jo yli 20 vuotta. Erilaisuus on ollut yhdistävä tekijä välillämme. Kiitos kaikille Kannistonkujan yhteisöön kiinteästi kuuluville, erityisesti Eerolle, Ilarille ja Evelle! Kiitos rakkaille lainalapsillemme Eetulle, Emmille ja Neelalle sekä kaikille jo meiltä pois muuttaneille nuorille aikuisille! Emmi ja Neela: muistakaa, että Suski ei ole väitöskirjan valmistumisen jälkeenkään professori eikä opiskele professoritieteitä. Kiitos rakas au pairimme ja ystävämme Alina! En olisi saanut väitöskirjaa viimeistelyä ilman sinua. Kiitos lukuisista kannustavista sanoistasi ja kirjeistäsi. Suurin kiitos Hänelle, jossa kaikki viisauden ja tiedon aarteet ovat kätkeytyinä (Kol 2: 2–3).

Kotona Kannistonkujalla 1.4.2019,

Susanna Palomäki





## Tiivistelmä

Tutkimuksessa tarkastellaan asiakkaiden hoitoon ja kohteluun liittyviä kokemuksia yliopistollisen sairaalan ja erikoissairaanhoidon kontekstissa. Hyvää hoitoa ja kohtelua määritellään erilaisissa säädöksissä ja organisaatioiden ohjeistuksissa. Tässä tutkimuksessa hyvää hoitoa ja kohtelua tarkastellaan Potilaslaissa (1992/785) julkilausuttujen potilaan oikeuksien pohjalta. Keskeisimpänä tutkimustehtävänä on tarkastella, mihin asiakkaat ovat tyytymättömiä hoidossa ja kohtelussa ja miten asiakkaiden tyytymättömyys huomioidaan erikoissairaanhoidossa. Kriittisten palvelukokemusten tarkastelu mahdollistaa myös tulkintojen tekemisen siitä, mitä asiakkaat toivovat hoidolta ja kohtelulta erikoissairaanhoidossa.

Tutkimuksessa hyödynnetään eri tiedonantajaryhmiltä kerättyä aineistoa. Aineistoina ovat erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikan entisten asiakkaiden teemahaastattelut (n=10), yhden yliopistollisen sairaalan muistutusasiakirjat (n=229) vuodelta 2012 tietyin rajauksin ja niihin sairaalan antamat vastaukset (n=226) sekä sairaalan vastauksen vuonna 2012 saaneille suunnatun kyselyn vastaukset (n=93). Jokaisella osatutkimuksella on ollut omat erilliset tutkimustehtävänsä, mutta luvun kuusi meta-analyysissä osatutkimusten tuloksia tarkastellaan Luhmannin systeemiteorian ohjaamana, sosiaalisten järjestelmien teoriaan painottuen. Analyysimenetelminä osatutkimuksissa käytetään teoriaohjaavaa ja teorialähtöistä sisällönanalyysiä sekä temaattista analyysiä. Lisäksi osatutkimuksessa IV on vaikutteita Harvey Sacksin jäsenkategorisoinnin analyysimenetelmästä. Osatutkimusten meta-analyysissä hyödynnetään teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä.

Tutkimusaineistoissa asiakkaiden kokemukset esiintyvät lähinnä kriittisinä palvelukokemuksina. Teemahaastatteluaineiston (osatutkimukset I ja IV) analyysin tuloksista on nähtävissä, miten käsityksiä palvelun laadusta päivitetään ja muutetaan kohtaamiskokemusten jälkeen. Potilasmuistutusaineisto (osatutkimukset II ja III) puolestaan viittaa asiakkaiden toiveiden toteutumattomuuteen, joille asiakkaat lähtevät hakemaan oikeutusta. Yleisin seuraus muistutusprosessista on luottamuksen menettäminen muistutuksen kohteena olevaa työntekijää ja/tai yksikköä kohtaan. Lisäksi muistutuksen laatineet henkilöt

raportoivat omien käsitystensä ja toimintatapojensa muuttumisesta vaativampaan suuntaan muistutusprosessin myötä. Aikaisemmat myönteiset kokemukset näyttävät kuitenkin ennaltaehkäisevän tyytymättömyyden vahvistumista ja laajentumista. Sairaalan sisäinen muistutusprosessi pettymyksen poistamisen mekanismina ei nykymuodossaan vaikuta kovin toimivalta. Enemmistö kyselytutkimukseen vastanneista oli tyytymättömiä muistutusprosessin toimivuuteen ja sairaalan antamaan vastaukseen.

Pettymys hoitoon ja kohteluun herättää asiakkaisissa turvattomuuden tunteita. Tästä syystä asiakkaiden toiveita olisi hyvä kartoittaa säännöllisesti ja reagoida pettymystä aiheuttaneisiin tilanteisiin mahdollisimman varhain, siellä missä ne ovat syntyneet. Sairaalaorganisaation sisäisen muistutusprosessin kehittämiseksi kannattaa varata aikaa, mikäli halutaan välttää kaikkia osapuolia kuormittavia valitusprosesseja. Asiakkaiden toiveiden kartoitus ennen hoidon aloitusta ja välitön palautekeskustelu toimenpiteen tai hoidon jälkeen lisääisi asiakastyytyväisyyttä ja säästäisi todennäköisesti sekä ajallisia että taloudellisia resursseja. Tämän tutkimuksen pohjalta kehittämisen kohteet näyttävät olevan tyytymättömyyden hallinnoinnissa, asiakkaan toiveiden kartoittamisessa ja pettymysten ennakoinnissa. Niille henkilöille, jotka eivät kykene ajamaan omia oikeuksiaan, tulisi nimetä koordinoiva vastuuhenkilö.

*Avainsanat:* asiakkaiden kokemukset, potilaan oikeudet, hyvä hoito ja kohtelu, potilaslaki, muistutus, Niklas Luhmannin systeemiteoria, sosiaalinen järjestelmä

# Abstract

This doctoral dissertation explores clients' experiences of care and treatment in the context of a university hospital and specialized health care. Good care and treatment are defined in various regulations and organization guidelines. In this study, good care and treatment are examined on the basis of the rights of the patient declared in the Patient Act (1992/785). The most important research task is to look at what clients are dissatisfied with in terms of care and treatment and how clients' dissatisfaction is taken into account in special health care. Reviewing critical service experiences also makes it possible to make interpretations of what clients want from care and treatment in specialized health care.

The study utilizes data collected from different reporting groups. The data is the theme interviews of former clients of the Rehabilitation Assessment Outpatient Clinic of specialized health care (N=10), patient complaint documents of one university hospital (N=229) for 2012, responses from the hospital (N=226) and answers to the questionnaire sent to those who received the response from the hospital in 2012 (N=93). Each sub-study has had its own separate research aims, but in the meta-analysis of chapter six the results of sub-studies are examined under the guidance of Luhmann's system theory, with emphasis on social systems theory. As analytical methods, sub-studies use theoretical and theory guided content analysis as well as thematic analysis. In addition, the analysis of sub-study IV is influenced by Harvey Sacks's membership categorization device. In the meta-analysis of sub-studies, theory-guided content analysis is used.

In the research data, clients' experiences mainly appear as critical service experiences. The results of the analysis of theme interviews (sub-studies I and IV) show how the anticipated wishes of the quality of service are updated and changed after face-to-face encounters. Patient complaint data (sub-studies II ja III), in turn, refers to the non-achievement of wishes as clients want to stick to their wishes and go for legitimacy. The most common consequence of the complaint process is to lose confidence in the employee and/or unit reminded. Additionally, the writers of the patient complaints reported that their own opinions and behavior had changed in a more demanding direction with the

complaint process. Past positive experiences, however, seem to prevent the strengthening and expansion of dissatisfaction in advance. The hospital's internal complaint process as a mechanism for eliminating disappointment does not look too competent in its current form. The majority of the survey respondents were dissatisfied with the functionality of the complaint process and the hospital response.

Disappointment with care and treatment awakens clients with feelings of insecurity and, from the point of view of the organization's internal security, it is important to scan client wishes regularly and respond to situations that are disappointing as early as possible where they occur. It is a good idea to reserve time to develop the internal complaint process of the hospital organization in order to avoid complaint processes burdening all parties. The anticipatory inventory of client wishes before the start of treatment and an immediate feedback discussion after the operation or treatment would increase client satisfaction and probably save both temporal and financial resources. On the basis of this research, the objects of development seem to be in the management of dissatisfaction, the mapping of the client's wishes and the anticipation of disappointments. To those who are unable to exercise their own rights a coordinating person should be appointed.

*Keywords:* clients' experiences, patient rights, good care and treatment, The act of the Status and Rights of patients, complaint, Niklas Luhmann's system theory, social system

# Sisällys

Luettelo alkuperäisjulkaisuista .....	xiii
1 Johdanto .....	15
2 Tyytymättömyys hoitoon ja kohteluun erikoissairaanhoidossa .....	17
2.1 Hyvä hoito, kohtelu ja muistutus Potilaslain mukaan .....	17
2.2 Muistutus byrokratiatyönä ja tekstivälitteisenä institutionaalisenä vuorovaikutuksena .....	20
2.3 Muistutus aikaisempien tutkimusten valossa .....	23
2.4 Kuntouttava sosiaalityö osana hyvää hoitoa ja kohtelua .....	26
3 Tutkimusasetelma .....	29
3.1 Osatutkimusten toteuttaminen .....	29
3.2 Tutkimusaineistot ja analyysin eteneminen .....	31
3.3 Eettinen pohdinta .....	37
4 Osatutkimusten tulokset .....	40
4.1 Tarve asiakkaan kokonaistilanteen jatkuvalla arvioinnille .....	40
4.2 Muistutusprosessi tyytymättömyyttä vahvistavana kehänä .....	42
4.3 Muistutus ei palauta menetettyä luottamusta .....	45
4.4 Kuntouttava sosiaalityö vastaa prosessiohjauksen tarpeeseen .....	49
5 Luhmannin systeemitteoria teoreettisena lähestymistapana .....	51
5.1 Sosiaaliset järjestelmät ja niiden yhteistoiminta .....	51
5.2 Yhteiskunnan keskeiset osajärjestelmät: politiikka, juridiikka ja talous .....	56
5.3 Organisaatiojärjestelmä mahdollistaa osajärjestelmien yhteistoiminnan .....	58
5.4 Vuorovaikutusjärjestelmä edellyttää kasvokkaista kohtaamista .....	60
6 Osatutkimusten tulosten systeemitteoreettinen tarkastelu .....	63
6.1 Kuntoutusta tukevat prosessit edellyttävät osajärjestelmien yhteistoimintaa ....	64
6.2 Organisaation muistutusprosessi pettymyksen poistamisen mekanismina .....	65
6.3 Vuorovaikutusjärjestelmä – erilaisten odotusten kohtaamispaikka .....	68
6.4 Asiakkaiden toiveet erikoissairaanhoidossa ja osajärjestelmien yhteistoimintaa kohtaan .....	69
7 Johtopäätökset .....	73
7.1 Tulosten reflektio .....	73
7.2 Tutkimusprosessi ja sen merkitys .....	76
7.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet .....	80
Lähteet .....	85
Alkuperäisjulkaisut .....	97

## Kuvioluettelo

Kuvio 1. Kuntoutusta tukevat prosessit ja prosessien toteutumattomuuden seuraukset .....	41
Kuvio 2. Tekstivälitteisen institutionaalisen vuorovaikutuksen ongelmat tyytymättömyyden käsittelyssä .....	43
Kuvio 3. Muistutusprosessi tyytymättömyyttä vahvistavana kehänä .....	44
Kuvio 4. Muistutusprosessin toimivuuden reunaehdot ja tyytymättömyyden vaihtoehtoiset käsittelytavat .....	46
Kuvio 5. Asiakkaan toiveet hoitoa, kohtelua, työntekijän toimintaa ja muistutusprosessia kohtaan .....	48
Kuvio 6. Järjestelmätasot ja -tyypit Luhmannin mukaan .....	52
Kuvio 7. Osatutkimusten muodostama kokonaisuus .....	63
Kuvio 8. Asiakaslähtöinen tyytymättömyyden käsittely ja muistutusprosessin kulku .....	66

## Taulukkuuettelo

Taulukko 1. Tutkimuksen toteuttaminen – osatutkimusten teoreettiset ja metodologiset lähtökohdat .....	30
Taulukko 2. Asiakkaan toiveet erikoissairaanhoidon ja osajärjestelmien yhteistoimintaa kohtaan .....	70

## Luettelo alkuperäisjulkaisuista

- I Palomäki, Susanna (2018b) Asiakkaiden kokemuksiin perustuvat kuntoutusta tukevat prosessit yhteisten toimintojen alueella. Kuntoutuslehti 41 (2), 21–33.
- II Palomäki, Susanna & Vanhala, Anni (2016a) Patients' Complaints and Managers' Responses as a Process of Institutional Interaction. Teoksessa Horst Albach, Heribert Meffert, Andreas Pinkwart, Ralf Reichwald & Wilfreid von Eiff (toim.) Boundaryless Hospital – Rethink and Redefine Health Care Management. Berlin, Heidelberg: Springer, 321–340.
- III Palomäki, Susanna & Vanhala, Anni (2016b) Terveystenhuollon muistutus asiakkaan arvioimana käytäntönä. Janus 24 (1), 45–61.
- IV Palomäki, Susanna (2018a) Kuntoutussosiaalityöntekijän työtehtävät, toimijuus ja roolit asiakkaan silmin. Teoksessa Jari Lindh, Kristiina Härkäpää & Kaisa Kostamo-Pääkkö (toim.) Sosiaalinen kuntoutuksessa. Rovaniemi: Lapland University Press, 263–290.

Artikkelit eivät ole julkaisuajankohdan mukaisessa järjestyksessä vaan järjestys perustuu tutkimuksen sisällölliseen kulkuun. Artikkelit on liitetty näköispainoksina kirjan loppuun.





# 1 Johdanto

Asiakasnäkökulman esillä pitäminen on ollut minulle tärkeää käytännön sosiaalityössä ja tutkimuksessa, ja asiakaslähtöisyyden kehittäminen on motivoinut myös tämän tutkimuksen tekemiseen. Väitöskirjatutkimukseni yhteenvedossa tarkastelen, mihin asiakkaat ovat tyytymättömiä hoidossa ja kohtelussa ja miten asiakkaiden tyytymättömyyttä käsitellään erikoissairaanhoidossa. Näiden kysymysten myötävaikutuksella teen tulkintoja myös asiakkaiden hoitoon ja kohteluun liittyvistä toiveista. Asiakkaiden tyytymättömyyden tarkastelun ottaminen yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen aiheeksi on eettisesti haasteellinen tehtävä eikä vähiten sen vuoksi, että läsnä ovat väistämättä ainakin neljä tahoa oikeuksineen ja velvolluuksineen: asiakas, ammattilainen, terveydenhuollon organisaatio ja tutkija itse. Tutkimusaihe on ajankohtainen, sillä julkisia sosiaali- ja terveyspalveluita uudistetaan rakenteen, rahoituksen ja hallinnon osalta ja asiakkaiden valinnanvapautta on tarkoitus lisätä.

Potilaan hyvää hoitoa ja kohtelua määritellään useissa eri laeissa ja säädöksissä (ks. esim. Valvira 2016, 9). Käsillä olevassa tutkimuksessa tarkastelen hyvää hoitoa ja kohtelua Potilaslain (1992/785) ”hengessä”, sillä kahdessa osatutkimuksessa (II ja III) aineistona ovat yhden yliopistollisen sairaalan muistutusasiakirjat ja sairaalan antamat vastaukset vuodelta 2012 sekä kyselytutkimus sairaalan vastauksen vuonna 2012 saaneille. Lisensiaatintutkimuksessani (Palomäki 2012) käsitelin asiakkaiden osallisuutta kuntoutustutkimusprosessissa erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä. Pääaineistonani oli tuolloin kuntoutustutkimuspoliklinikan kymmenen entisen asiakkaan teemahaastatteluaineisto, jota hyödynnän väitöskirjan kahdessa osatutkimuksessa (I ja IV). Eri aineistojen ja informanttien avulla on mahdollista tarkastella paitsi asiakkaiden tyytymättömyyttä ja tyytymättömyyden hallinnointia, myös asiakkaiden hoitoon ja kohteluun liittämiä toiveita (Tuomi & Sarajärvi 2018; Denzin 1989).

Niklas Luhmannin systeemiteoria ja erityisesti teoria sosiaalisista järjestelmistä ohjaa tutkimuksen meta-analyysiä ja mahdollistaa osatutkimusten tulosten tarkastelun yhteiskunnan, organisaation ja kasvokkaisen vuorovaikutuksen tasoilla. Teoreettisen lähesty-

mistavan valinta tapahtui viimeisen osatutkimuksen (Palomäki 2018b) kirjoitusvaiheessa, kun havaitsin sosiaalisten järjestelmien linkittyvän vahvasti tutkimusaineistoihini sekä ajankohtaiseen keskusteluun palvelujärjestelmän yhtenäistämisestä. Olen sairaalan sosiaalityöntekijänä jo vuosien ajan työskennellyt eri osajärjestelmien ja organisaatioiden yhdyspinnoilla ja havainnut rajojen ylittämisen tärkeyden, jotta asiakas tulisi autetuksi (Palomäki 2013). Paine rajoja ylittävälle työskentelylle on suuri ja asiakkaan auttamisen näkökulmasta se on suorastaan välttämätöntä. Asiakkaiden hoitoon ja kohteluun liittyvän tyytymättömyyden ja toiveiden tarkastelu on tärkeää, jotta järjestelmät (terveydenhuolto, sairaalaorganisaatio ja sen sisällä tapahtuvat kohtaamiset) pystyisivät suuntaamaan omaa toimintaansa. Potilaslain mukainen muistutusprosessi on tutkimuksellisesti lähes koskematonta aluetta, sillä yhteiskuntatieteiden puolella aihepiiriä on tutkittu lähinnä pro gradu -tutkielmissa ja muistutuksista on julkaistu ainoastaan yksi väitöskirja hoitotieteen puolelta (Mäkelä 2015).

Luhmannin systeemitheorian hyödyntäminen sosiaalityön tutkimuksessa on ollut tois-  
laiseksi vähäistä (Kiuru & Metteri 2014a; 2014b; Kilpeläinen 2016). Sosiaalityössä systeemitheoreettisen lähestymistavan uranuurtajana on toiminut Erik Arnkil. Hän on tehnyt vuosien ajan yhteistyötä Jaakko Seikkulan kanssa, joka on puolestaan tutkinut ja käytännön työssään hyödyntänyt systeemitheoreettista toimintamallia sairaalamaailmassa. Viime aikoina erilaisten systeemien toimintamallien käyttö on lisääntynyt erityisesti lastensuojelun sosiaalityössä (ks. esim. Hackneyn malli – Lahtinen ym. 2017; Fagerström 2016; Aho 2018), jossa yhdistyvät systeemitheoreettinen ajattelu eri aikakausilta ja perheterapeuttiset elementit. Systeemisen ajattelun lisääntyminen on nähtävissä myös sosiaali- ja terveyspalveluiden muutoksissa ja hajanaisen palvelujärjestelmän yhtenäistämisyhtymyksissä.

Tutkimus etenee siten, että luvussa kaksi avaan osatutkimuksien keskeisimmät käsitteet ja lähestymistavat ja luvussa kolme esittelen varsinaiset osatutkimukset ja niiden tutkimuskysymykset, -aineistot ja analyysitavat eettistä pohdintaa unohtamatta. Luvussa neljä kertaan tiivistetysti osatutkimusten tulokset ja luvussa viisi esittelen Luhmannin systeemitheorian, keskittyen sosiaalisten järjestelmien teoriaan<sup>1</sup> (Luhmann 1995). Meta-analyysiluvussa kuusi siirryn tarkastelemaan osatutkimusten tuloksia Luhmannin systeemitheoreettisen ajattelun ohjaamana. Johtopäätösluvussa seitsemän pohdin tutkimustulosten merkitystä suhteessa Potilaslaissa julkilausuttuihin potilaan oikeuksiin, tutkimusprosessin kulkua sekä pohdin, mitä merkitystä tutkimuksella on sairaalaorganisaatiolle, erityisesti tyytymättömyyden hallinnoinnin ja asiakkaiden toiveiden ennakkoinnin näkökulmasta.

---

<sup>1</sup> Luhmannin teoria on hyvin monimutkainen ja koostuu useista osateorioista (Michailakis & Schirmer 2014, 433).

## 2 Tyytymättömyys hoitoon ja kohteluun erikoissairaanhoidossa

### 2.1 Hyvä hoito, kohtelu ja muistutus Potilaslain mukaan

#### Hyvä hoito ja kohtelu

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittelee potilaan oikeuksia (3 §) ja muistutusmenettelyn sisältöä (10 §). Väitöskirjassani käytän kyseisestä laista myös yleisesti käytössä olevaa nimitystä Potilaslaki ja potilaasta käytän käsitettä asiakas silloin, kun se asiayhteyden puolesta on mahdollista. Tiivistetysti Potilaslain keskeinen sisältö on ilmaistu pykälässä 3:

*Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.*

Myöhemmissä pykälissä (§ 4–9) tarkennetaan hyvään hoitoon ja kohteluun kuuluvia elementtejä: hoitoon pääsyä, tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskevaa suunnitelmaa, potilaan tiedonsaantioikeutta ja itsemääräämisoikeutta, alaikäisen potilaan asemaa, kiireellistä hoitoa sekä laillisen edustajan tiedonsaantioikeutta ja toimivaltaa.

Potilaslaki vei terveydenhuollon toimintaa kohti asiakaslähtöisyyttä. 1990-luvun aikana asiakaslähtöisyys kirjattiin entistä useampaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon säädeltyyn ohjelmaan tai laatusuositukseseen ja se onkin vahvistanut asemaansa sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisenä periaatteena. Asiakaslähtöisyys-keskustelun avauksesta huolimatta Potilaslakia on kirjallisuudessa luonnehdittu lähinnä tavoitteelliseksi ja menettelylliseksi,

kansalaisia aktivoivaksi laiksi (Kotkas 2009). Lain voimaantulo ajoittuu yhteiskunnallista 1990-luvun lamaa seuranneisiin uudistuksiin, joiden reunaehdoista sanelivat enenevästi talous ja kustannusten hallinnan tavoitteet (Palomäki & Vanhala 2016b). Laman jälkeiselle ajanjaksolle on ollut tyypillistä palveluihin liittyvien menettelyllisten oikeuksien painottaminen ja siirtyminen kohti hyvinvoinnin hallintaa ja vastuunosoittamisen yhteiskuntaa. (Julkunen 2006.) Potilaslaki korostaa potilaan oikeutta hyvään hoitoon ja kohteluun niiden voimavarojen rajoissa, jotka ovat käytettävissä. Laki ei siis anna suoranaista oikeutta hoitoon vaan esimerkiksi henkilöstö ja talous vaikuttavat palveluiden saatavuuteen (Palomäki & Vanhala 2016b). Laki ei myöskään sisällä varsinaisia oikeusturvakeinoja, mutta potilaalla on mahdollisuus muistutuksen tekemiseen. (Ks. myös Mattila 2011; Kotkas 2009.)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE (2001) on nimennyt keskeisimmiksi potilaan oikeuksiksi: oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä inhimilliseen kohteluun, tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus, josta tärkeimmäksi on nimetty itsemääräämisoikeus. Terveystieteiden tutkimuksessa itsemääräämisoikeus tarkoittaa potilaan oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja hoitoratkaisujen tekemistä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Valvira 2016). Itsemääräämisen käsite ja sen edellytykset muuntuvat ajan ja kulttuurin myötä. Itsemäärääminen on aina yhteydessä johonkin tilanteeseen, yksittäiseen henkilöön, aikaan ja paikkaan. Keskustelu potilaiden kanssa hoitoon liittyvien vaihtoehtojen merkityksistä mahdollistaa potilaan osallistumisen ja itsemääräämisen toteutumisen. Itsemäärääminen liittyy ihmisen kunnioittamiseen ja sitä voidaan näin ollen pitää absoluuttisena arvona. (Naukkarinen 2008.)

Itsemääräämisoikeus liittyy oleellisesti asiakaslähtöisyyteen (Pohjola 2010). Potilaan itsemääräämisoikeuden sisäistänyt työntekijä on mahdollistaja ja tukija, joka auttaa potilasta tarkastelemaan ongelmiaan realistisesti, pohtimaan eri ratkaisuvaihtoehtoja ja toteuttamaan päätettyjä toimenpiteitä (Rostila 2001). Tärkein ominaisuus asiakaslähtöisessä palvelutapahtumassa on se, että potilaiden mielipiteille annetaan arvoa ja heitä kuullaan ja huomioidaan palveluprosessin kaikissa vaiheissa (Virtanen ym. 2011). Miten lainsäädännön edellyttämä ”hyvä” määritellään ei ole yksiselitteinen asia. Se, keiden kaikkien hyvä pitäisi hoitoa ja kohtelua arvioitaessa ottaa huomioon, selviää esimerkiksi kartoitettaessa niitä tahoja, joiden odotuksiin, vaatimuksiin ja tarpeisiin toiminnan tai palvelun tulee vastata. Eri tahojen tarpeista nousevat pääosin ne tavoitteet, joita hyvälle hoidolle ja kohtelulle asetetaan. (Outinen ym. 1999.)

Asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna organisaation asiakaslähtöisyyteen sisältyy kohtaamisen ja vuorovaikutuksen laatu ja määrä, palveluntarjoajan asenteet sekä asiakkaan omat mielikuvat ja toiveet palvelusta. Näin ollen asiakaslähtöisen toiminnan edellytyksenä on asiakkaiden tarpeiden ja toiveiden tavoittaminen ja toiminnan tasolla reagoiminen näiden tarpeiden mukaisesti. Asiakasnäkökulmasta tarkastellen merkityksellistä on se, miten palveluiden tarjonta kohtaa asiakkaan tarpeet ja niihin liittyvät toiveet eli miten

asiakaslähtöiseksi saatu palvelu asiakkaiden taholta koetaan. (Virtanen ym. 2011; Jalava & Virtanen 1996.)

## Muistutus

Kun potilas tai hänen läheisensä on tyytymätön hoitoon ja/tai kohteluun, yhtenä vaihtoehtona on muistutuksen laatiminen toimintayksikön johtajalle.

Muistutus on määritelty tiivistetysti Potilaslain (1992/785, 10 §) seuraavasti:

*Terveys- ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. (...) muistutuksen voi tehdä hänen laillinen edustajansa, omaisensa tai muu läheisensä. Muistutus tulee tehdä pääsääntöisesti kirjallisesti. Muistutus voidaan tehdä myös suullisesti erityisestä syystä. Toimintayksikön on käsiteltävä muistutus asianmukaisesti ja siihen on annettava kirjallinen vastaus kohtuullisessa ajassa muistutuksen tekemisestä. Vastaus on perusteltava asian laadun edellyttämällä tavalla. Muistutuksen tekeminen ei rajoita potilaan oikeutta kannella hoidostaan tai hoitoon liittyvästä kohtelustaan terveydenhuollon valvontaviranomaisille.*

Muistutus on yksi kansalaisen oikeusturvan toteutumiseksi säädetyistä menettelyistä ja asiakkaan keino saattaa epäkohtia terveydenhuollon johdon tietoon (Palomäki & Vanhala 2016b). Potilaan tekemän muistutuksen käsittely on hallintoasian käsittelyä, johon sovelletaan hallintolain säännöksiä. (Potilaan hyvä hoito Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä 2009.) Vaikka asiakaslähtöisyyttä on kehitetty niin kansallisesti kuin kansainvälisesti, silti potilaiden tyytymättömyyden osoitukset eri muodoissaan ovat lisääntyneet. Esimerkiksi Mailis Mäkelän (2015) väitöstudiumin mukaan muistutusten määrä kasvoi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä 2000-luvulla lähes 300 %. Myös muissa sairaanhoitopiirissä muistutusten määrä näyttäisi olevan kasvussa potilashoidon tunnuslukujen perusteella, vaikka kasvua on mahdotonta arvioida Mäkelän väitöstudiumin tarkkuudella. (Ks. myös Asiakkuuskertomus vuodelta 2016; Potilashoidon vuosikertomus 2016.)

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira 2016) kehottaa potilaita ja heidän läheisiään selvittämään tyytymättömyyttä aiheuttaneet asiat ensisijaisesti hoitoa antaneen ammattihenkilön tai hoitopaikan muun edustajan kanssa. Jos hoitopaikassa käydyistä keskusteluista ei ole apua, potilas tai hänen läheisensä voi tehdä kirjallisen muistutuksen hoitopaikan terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Aluehallintovirasto ja Valvira voivat myös siirtää kanteluasian käsittelyn siihen hoitopaikkaan, jossa kyseinen hoito on tapahtunut, selvitettäväksi kirjallisena muistutuksena, mikä korostaa muistutusta ensisijaisena tyytymättömyyden selvittämisen menettelynä. (Valvira 2016.)

Potilaslaissa ei varsinaisesti määritellä tai tehdä eroa sen suhteen, mikä katsotaan hoidoksi ja mikä kohteluksi. Hoidon ja kohtelun suhdetta on määritelty muistutusta käsittelevässä pykälässä (10 §) ”terveyden- ja sairaanhoitoon liittyväksi kohteluksi”. Potilaan koke-

ma hoito ja kohtelu voidaan kuitenkin erottaa toisistaan ja jakaa eri osa-alueisiin (ks. esim. Mäkelä 2015). Mäkelä (2015) määrittelee potilaan kohtelun ymmärrettäväksi tavaksi, jolla hoitotoimenpiteet suoritetaan ja jolla potilaaseen suhtaudutaan. Anna Metteri (2012) tulkitsee hyvän kohtelun syntyvän luottamuksellisen suhteen luomisesta asiakkaan ja työntekijän välillä kontekstista riippumatta. Varsin usein sairaaloiden muistutuslomakkeissa käytös ja kohtelu on liitetty yhteen muistutuksen aiheita kartoitettaessa. Hyvää hoitoa ja kohtelua määritellään eri tavoin riippuen tieteenalasta, organisaatiosta ja ylipäänsä kontekstista, jossa asiakkaan hoitoon tai palvelutarpeeseen vastaaminen konkreettisesti tapahtuu. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää mihin asiakkaat ovat tyytymättömiä hoidossa ja kohtelussa sekä miten asiakkaiden tyytymättömyyttä hallinnoidaan erikoissairaanhoidossa. Jatkossa käytän Potilaslain mukaisesta muistutuksesta myös yleisesti käytössä olevaa nimitystä potilasmuistutus.

## 2.2 Muistutus byrokratiatyönä ja tekstivälitteisenä institutionaalisenä vuorovaikutuksena

### Muistutus byrokratiatyönä

Byrokratiatyö liitetään ihmisten prosessointiin instituutioissa (Prottas 1979; Lipsky 1980; Mäkitalo 2002; Vanhala 2005) ja rutiininomaiseen tapaan käsitteellistää asiakkaiden elämäntilanteita ja tehdä ratkaisuja ilman asiakkaan yksilöllisen tilanteen ja tarpeiden huomioimista. (Metteri 2012, 177; Palomäki & Vanhala 2016b.) Byrokratiatyön lähtökohtana ovat lait ja viraston normit sekä järjestelmäkeskeinen politiikka (Sipilä 2011, 67; Metteri 2012). Metteri (2012, 137) erottaa toisistaan organisaation byrokraattis-teknisen toimintatavan ja yksittäisen työntekijän byrokraattis-teknisen työotteen. Byrokraattis-tekniselle organisaatiolle on tyypillistä hierarkkinen johtamistapa ja tarkkaan määritelty työnjako (Kankainen 2012, 85). Työntekijän byrokraattis-tekniselle työotteelle ominaisia piirteitä ovat puolestaan niukkalinjaisuus, muodollisuus (toimenpidekeskeisyys) ja pidättäytyvä suhtautuminen asiakkaaseen. Byrokratiatyön pohjavire näyttäytyy etäisyydenottona vuorovaikutuksessa tapahtuvaan asiakastyöhön: se tuottaa ja ylläpitää persoonattomuutta ja henkilökohtaista sitoutumattomuutta (Haapala 2012, 10). Tukityöskentelyn osuus on minimitasoista ja keskiössä on kontrollityö (Saarijärvi 2005, 86; Liukko 2006, 87).

Vaikka byrokratiatyöllä tähdätään asiakaskunnan oikeudenmukaiseen ja tasa-arvoiseen kohteluun, se tapahtuu niin toimeenpanokeskeisesti, että sosiaalisesti heikommassa asemassa olevat asiakkaat jäävät helposti oman onnensa nojaan (Saarijärvi 2005, 83, 85). Säännönmukaisuuksiin ja rajoihin törmäävät erityisesti ihmiset, joiden ongelmat ovat vaikeimpia. Byrokratia ei anna myönnetyksiä vaan olettaa kaikkien asiakkaiden olevan yhtä vahvoja ja kykeneviä tekemään rationaalisia ratkaisuja. (Liukko 2006, 88.) Byrokratia kaivaa näin ollen sekä asiakkaan että työntekijän liikkumatilaa (Pohjola 1994, 149–152;

Saarijärvi 2005, 85). Asiakkaiden kohtelua voidaan luonnehtia sekä järjestelmän että inhimillisen toiminnan tasolla välinpitämättömäksi (Metteri 2004; Metteri 2012).

Sosiaalityössä byrokratiatyö tapahtuu kuitenkin hallintohierarkian alimmilla tasoilla, suorassa kontaktissa asiakkaan kanssa (Raunio 2009, 171). Tämänkaltaista työskentelyä kutsutaan anglo-amerikkalaisessa maailmassa katutason byrokratiaksi (Lipsky 1980). Lipskyn mukaan asiakastyötä organisaatiossaan tekevillä ammattiryhmillä on huomattava harkintavaltta. He soveltavat lakia, panevat täytäntöön poliittisia päätöksiä ja toimivat asiakastyössä julkisissa organisaatioissa. Lipsky toteaa, että ammatilliset lopulta määrittelevät, millaiseksi sosiaalipolitiikka käytännössä muodostuu. Katutasolla työskentely on vaativaa, ristiriitaista ja edellyttää työntekijältä vaivannäköä soveltaa sääntöjä luovasti ja etsiä yhdessä asiakkaan kanssa järkeviä ratkaisuja järjestelmän asettamien rajojen puitteissa ja sen resursseja hyödyntäen (Närhi 2014; Kinni 2014). Tämä luonnollisesti edellyttää työntekijältä hyvää järjestelmän tuntemusta ja asiakaslähtöisyyteen sitoutumista käytännön tasolla.

Parhaimmillaan byrokratiatyö tukee palvelutoimintaa ja takaa jokaiselle kansalaiselle tasaveroisen oikeuden saada asiantuntevaa palvelua (Haapala 2012, 10). Myös työntekijän näkökulmasta byrokratialla voi olla positiivinen, työtä tukeva vaikutus (Cavén 1999, 116). Kun työntekijä tuntee lait, säännöt ja ohjeet sekä niiden soveltamismahdollisuudet, hänellä on mahdollisuudet keskittyä omaan työhönsä itsenäisesti (Sipilä 2011, 68). Byrokraattis-sakin toimintaympäristössä työntekijä voi omalla toiminnallaan ylittää byrokratian ja ihmisen välisen kuilun rakentamalla kumppanuutta, joka rikkoo hierarkkisia rajoja ja tukee asiakkaan toimintakykyä (Liukko 2006). Liian usein asiakkaan ainoaksi keinoksi murtaa byrokratian negatiivisia vaikutuksia jää valittaminen lakisääteisesti tehdyistä päätöksistä (Haapala 2012, 10).

Osatutkimuksessa (III) muistutuskäytäntöä tarkastellaan byrokratiatyön kehyksessä, kansalaisen ja auktoriteettisuhteen välisenä kirjallisena (tekstivälitteisenä) vuorovaikutuksena. Lainsäädäntö ja terveydenhuollon johtamisen instituutio tekevät muistutuksesta hallinnollisen byrokratiatyön prosessin (Palomäki & Vanhala 2016b). Työskentelyssä nojaututaan pitkälti asiapapereihin, mikä vähentää organisaation edustajien ja asiakkaan välistä avointa vuorovaikutusta. Muistutusprosessiin osallistuminen on lainsäädännön ja organisaation toiminnallisten rakenteiden säätelemää (Drew & Heritage 1992; Thornborrow 2002; Mäkitalo 2005; Saarijärvi 2005, 88). Muistutuskäytännöissä on kyse yhteiskunnallisesta toiminnasta, jossa kansalaisen tyytymättömyys palveluihin kanavoidaan osaksi palvelujärjestelmän käytäntöjä (Hirschman 1970; Valokivi 2008; Vanhala & Palomäki 2015). Muistutusprosessissa yhdistyy byrokratiatyön oikeudenmukaisuuden ja kansalaisten tasa-arvoisen kohtelun odotuksia sekä osapuolten erilainen vastuun, velvollisuuksien, oikeuksien ja seuraamusten logiikka (Duyvendak ym. 2009; Rostila & Vinnurva 2013; Palomäki & Vanhala 2016b). Koska muistutuksen tekeminen on lainsäädännön ja valvontaviranomaisten näkökulmasta asiakkaan ensisijainen keino tuoda esiin tyytymättömyyttä, prosessin toimivuuteen ja tyytymättömyyden hallinnointiin kannattaa käyttää resursseja.



## Muistutus tekstivälitteisenä institutionaalisena vuorovaikutuksena

Institutionaalinen vuorovaikutus on tehtävä- ja päämääräorientoitunutta ja sen tarkoituksena on hoitaa tiettyä institutionaalista tehtävää, esimerkiksi sairauden selvittämistä (Drew & Heritage 1992, 22–23). Ammatilaisen ja asiakkaan roolit sekä instituution toimintaan liittyvät normit, vakiintuneet toimintatavat, sanastot ja tulkintakehykset rajoittavat molempien osapuolten osallistumista keskusteluun. (Peräkylä 1996, 94; Juhila 2004, 168; Heritage 1997, 163–164; Peräkylä 2009, 357.) Asiakkaalla on oikeus tiettyihin palveluihin ja etuuksiin, mutta samanaikaisesti myös erilaisia velvollisuuksia, jotka voivat ehdollistaa niiden saamista. Työntekijän oikeutena ja velvollisuutena on toimia organisaationsa edustajana, kyseisen organisaation käytäntöjen ja rutiinien mukaisesti. Työntekijän määrittellessä asiakkaan ongelmia ja tilannetta, hän määrittelee samalla tämän toimijuutta ja identiteettiä sekä siihen kuuluvia oikeuksia ja velvollisuuksia. (Jokinen 2012, 229, 262.) Työntekijän ammatillisen aseman ja organisaatiosidonnaisuuden vuoksi institutionaalinen vuorovaikutus on usein epäsymmetristä siten, että työntekijä ohjaa kysymyksillään vuorovaikutuksen kulkua ja keskustelunaiheita (Drew & Heritage 1992, 47; Heritage 1997, 236–237; Mäkitalo 2005, 432; Jokinen 2012, 262–264; Ruusuvuori 2009, 269, 290; Jokinen 2017, 193). Vaikka institutionaaliset puitteet ohjaavat vuorovaikutusta, ne eivät silti määrää sen muotoutumista tietyntylaiseksi. Osallistujat tuottavat tilanteen itse omalla toiminnallaan. (Raevaara ym. 2001.)

Kohtaaminen terveydenhuollossa voidaan nähdä tilanteena, jossa molemmilla osapuolilla on oikeuksia, mutta myös velvollisuuksia. Jonkin asian tai tapahtuman itse kokeneella ja läpikäyneellä asiakkaalla on selonteko-oikeus suhteessa ammattilaiseen, jolle lankeaa useimmiten auktorisoitu selittämisvelvollisuus. Ammatilaisen on yritettävä selvittää, mistä mikäkin sairaus tai sosiaalinen ongelma johtuu, jotta sen parantaminen ja korjaaminen olisi mahdollista. (Juhila 2012, 158.) Vuorovaikutuksessa voi syntyä myös erimielisyyksiä siitä, millaisia oikeuksia tai velvollisuuksia toisella osapuolella on toista kohtaan. Erimielisyydet tekevät omalta osaltaan näkyväksi institutionaalisia sääntöjä. (Juhila 2004, 170.)

Institutionaalista vuorovaikutusta on mahdollista kuvata myös tekstivälitteisenä eli intertekstuaalisena. Tekstit, kuten instituutioissa tuotetut dokumentit, viittaavat toisiin teksteihin ja ovat siten niiden kanssa vuorovaikutuksessa. (Ks. Bakhtin 1981, 279; Heikkinen ym. 2001, 304–306.) Kuten institutionaalisella vuorovaikutuksella kasvokkaisessa kohtaamisessa, myös instituutioissa tuotetuilla teksteillä on merkittävä rooli institutionaalisten käytäntöjen ja todellisuuksien tuottamisessa. Erilaisten tekstien painoarvoa lisää se, että niistä tulee helposti virallisia totuuksia, vaikka niiden tuottamisessa tehdään monia valintoja ja ne voitaisiin laatia monella vaihtoehtoisella tavalla. Teksteillä on siten vahva seurauksellinen luonne. Instituutioissa käytettävät tietojärjestelmät ja lomakkeet rajaavat kirjattavan tiedon luonnetta ja tekstiin suodattuu asiakkaasta sellaisia tietoja, jotka ovat kiinnostavia ja tärkeitä instituution tehtävän kannalta. (Vanhala 2005, 94–161; Jokinen 2012, 241; Mäkitalo 2005, 445; Günther & Raitakari 2012, 101; Raitakari 2006, 278.)



Osatutkimuksen (II) tavoitteena on avata muistutusprosessin luonnetta (Hsieh 2012) terveydenhuollon asiakkaan ja viranomaisen vuorovaikutusprosessina ja institutionaalisen tapahtumana. Terveydenhuollon toimintaan liittyvää tyytymättömyyttä voidaan käsitellä sekä hoitavan organisaation sisällä että sen ulkopuolella. Mikäli asiakas on tyytymätön saamaansa hoitoon ja kohteluun, hän voi tehdä muistutuksen toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle (Potilaslaki 1992/785, 10§). Yleensä asiakasta ohjeistetaan ensin keskustelemaan tyytymättömyyden kokemuksistaan hoitavan tahon kanssa ja tekemään muistutuksen hoidosta vastaavalle johtajalle vain, jos keskustelu ei tuota toivottua tulosta (Valvira 2016; Mäkelä 2015, 37, 43). Merkittävässä roolissa muistutuskäytännöissä ovat erilaiset dokumentit: prosessia ja asiasisältöjä ohjaavat lomakkeet, organisaation sisäiset ohjeistukset, potilaskertomukset liitteineen sekä erilaiset tietojärjestelmiin tallennetut tiedot (ks. Etene 2011; Mäkitalo & Säljö 2002; Jokinen 2012). Vuorovaikutus muistutusasian käsittelyssä ei tarkoita asioiden yhdessä läpikäymistä vaan kyse on kaksisuuntaisesta, molempiin suuntiin kertaluonteisesta ja luonteeltaan erilaisten tietojen vaihdosta.

## 2.3 Muistutus aikaisempien tutkimusten valossa

Potilaslain (1992/785) lähtökohdista hoitoa ja kohtelua sekä terveydenhuollon muistutuksia on tutkittu Suomessa vähän lukuun ottamatta Mailis Mäkelän (2015) hoitotieteen väitöstutkimusta. Sen sijaan muutoksenhausta ja kanteluista on tehty tutkimusta etenkin lääke- ja terveystieteiden (esim. Kuosmanen ym. 2008) sekä oikeustieteen (esim. Ellilä 2007) alueilla. Sosiaalityön tutkimuksista aihepiiriä lähelle tulee lähinnä Ritva Haapalan (2012) hallintokanteluiden sisältöjä sosiaalipalveluissa ja toimeentulotuessa käsittelevä lisensiaatintutkimus. Kansainvälisesti terveydenhuoltoon kohdentuva tyytymättömyys näyttää olevan monitieteisesti kiinnostava ilmiö. Terveydenhuoltoon kohdentuvia valituksia (complaint) on tutkittu etenkin terveyshallinto-, lääke-, terveys-, hoito- ja oikeustieteissä ja joitakin tutkimuksia löytyy myös sosiaalitieteissä. (Vanhala & Palomäki 2015.)

Mailis Mäkelän (2015) hoitotieteen väitöstutkimuksen aineistona oli 956 Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirille osoitettua potilasmuistutusta, jotka oli laadittu vuosina 1993–2012. Muistutuksen tekijöistä 86 % ilmaisi tyytymättömyytensä saamaansa hoitoon. Suurin osa hoitoon liittyvästä tyytymättömyydestä (42 %) käsitteli hoitoon pääsyä, hoidon viivästymistä, epäselvyyttä jatkohoitopaikasta sekä odotusaikaa. Toiseksi eniten hoitoon liittyvä tyytymättömyys (28 %) kohdistui ammattilaisten osaamiseen: epäiltiin hoitovirhettä, kokemusta epäselvästä/väärästä diagnoosista tai epäpätevästä henkilökunnasta. Lisäksi yli viidennes (22 %) muistuttajista ilmaisi tyytymättömyytensä sairauteen ja sen hoitoon liittyvään ohjaukseen ja neuvontaan, tiedonsaantiin ja kotihoito-ohjeisiin. Kolmasosassa muistutuksista (33 %) ilmaistiin tyytymättömyys kohteluun. Kohteluun liittyvät tyytymättömyyden ilmaisut koskivat alistamista (16 %), henkistä väkivaltaa (12 %), työntekijän epäammattillista käyttäytymistä (9 %) ja koskemattomuuden loukkaamista (4 %). Mäkelän tutkimuksessa hoitoon tyytymättömien osuus oli siis selvästi kohteluun

tyytymättömyyttä yleisempää. Organisaatioon ja sen toimintaan oli tyytymättömiä lähes kolmannes (32 %) muistutusten tekijöistä. Suurin organisaatioon liittyvä tyytymättömyyden aihe oli resurssit: henkilöstön riittävyys, työnjako ja kiire.

Ennen kansainvälisten potilastyytyväisyyttä/-tyytymättömyyttä käsittelevien tutkimusten tarkastelua on syytä huomioida tarkasteluun liittyvät rajaukset ja rajoitukset. En lähde tutkimuksessani kuvaamaan eri maiden tapoja käsitellä potilaiden ja läheisten tyytymättömyyttä hoitoon, kohteluun ja terveydenhuollon organisaatioiden toimintaan. Useissa tutkimuksissa käytetyt käsitteet (complaint, objection) olivat samoja valitusreiteistä ja -käytännöistä riippumatta. Potilaiden hoitoon ja kohteluun kohdistuvat valitukset ja kantelut on luokiteltu kansainvälisissä tutkimuksissa toisistaan poikkeavin tavoin, mikä vaikeuttaa tutkimusten vertailua. (Ks. esim. Reader ym. 2014.) Lisäksi käsitystä hyvästä hoidosta ja kohtelusta voidaan pitää tilannesidonnaisena ja subjektiivisena (Mäkelä 2015).

Kansainvälisesti tarkastellen potilaiden pääasialliset tyytymättömyyden syyt jakautuvat varsin tasaisesti hoitoon (15,6 %) ja viestintään (13,7 %) potilasvalituksista laaditun systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan (Reader ym. 2014). Suhteellisen pieniltä vaikuttavat prosenttiosuudet kyseisessä tutkimuksessa johtuvat siitä, että 88 069 potilaan valituksen taustalla todettiin olevan 113 551 asiaa, jotka oli eri tutkimuksissa analysoitu käyttämällä 205 erilaista analyysikoodia ja edelleen 29 alaluokkaa. Reader ym. päätyi luokittelemaan 59 tutkimusta käsitelleen aineistonsa valitusaiheiden mukaan kolmeen pääluokkaan: kliinisen hoidon turvallisuuteen ja laatuun (33,7 %), terveydenhuollon organisaation hallinnointiin ja johtamiseen (institutionaaliset kysymykset, ajoitus ja pääsy hoitoon ja palveluihin 35,1 %) sekä terveydenhuollon henkilöstön ja potilaiden välisiin suhteisiin (kommunikaatio, inhimillisuus/huolehtiminen ja potilaan oikeudet 29,1 %) (ks. myös Skälén ym. 2016).

Yleisiä hoitoon liittyviä valituksen aiheita muissa kuin Readerin ym. tutkimuksessa olivat muun muassa huono hoitotyön taso ja laatu, tyytymättömyys lääkitykseen ja siinä tapahtuneet virheet, sairaalahoidon aikana saadut infektiot, terveydenhuollon prosessien viivästyminen, esimerkiksi hoitoon pääsy, diagnoosien asettaminen, hoidon ja lääkityksen aloittaminen, toimenpiteiden peruuntumiset ja uudelleenjärjestelyt sekä kokemukset riittämättömistä tutkimuksista ja hoidosta. (Esim. Mann ym. 2012; Harrison ym. 2016.)

Useimmiten kohtelu liitettiin asiakkaan ja työntekijän välisen kohtaamisen ja kommunikaation puutteisiin. Yleisimpiä tyytymättömyyden syitä ammatillisissa kohtaamisissa ja viestinnässä olivat riittämättömät tiedot (ei saa tietoa, tiedonvaihto ei onnistu, ei anneta mahdollisuutta osallistua), riittämätön kunnioitus, riittämätön empatia ja myötätunnon osoittaminen sekä inhimillisyyden puuttuminen. Tyytymättömyyttä aiheuttivat myös riittämätön huolenpito/hoiva ja käytännön tukemisen puuttuminen. Asiakkaat arvioivat kokemansa epäkunnioituksen tarkoitukselliseksi, mikä ilmeni työntekijän tönkeytenä sekä alentavana ja loukkaavana käytöksenä. (Hsieh 2012; Jangland ym. 2009; Veneau & Chariot 2013; Pichert ym. 2008; Wofford ym. 2004.)

Käänteisesti onnistuneelle kohtaamiselle oli ominaista kokemukset siitä, että ammattilainen kunnioittaa, kuuntelee, ottaa vakavasti, kannustaa ja tukee asiakasta. (Esim. Söderberg ym. 2012.) Keskeisin yhdistävä tekijä tyytymättömyyttä tarkasteltaessa näyttäisi olevan se, että kohtaaminen ei vastannut asiakkaan tarpeita ja odotuksia. (Söderberg ym. 2012; Friele & Sluijs 2006; Wofford ym. 2004.) Wofford ym. (2004) kiinnitti huomiota siihen, että asiakkaiden kokemukset puutteellisista, riittämättömistä ja vääristä tiedoista sekä ammattihenkilöön kohdistuva epäluottamus ja kyseenalaistaminen ovat merkkejä viestintätaitojen puutteellisuudesta. Tutkijakollegoineen hän kiinnitti huomiota myös lääkäreiden, eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välisiin väärinymmärryksiin ja näkemyseroihin.

Potilaiden tyytymättömyyttä käsittelevissä tutkimuksissa on tarkasteltu myös potilasvalituksen tehneiden henkilöiden odotuksia käsittelyprosessia kohtaan. Tarkastelun kohteena ovat olleet potilaiden syyt ja motiivit laatia valitus sekä se, miten sen on toivottu vaikuttavan valituksen kohteena olevan ammattilaisen tai organisaation toimintaan. Lisäksi tutkimuksissa on käsitelty potilaiden tyytyväisyyttä tai tyytymättömyyttä organisaation johdon tai valvontaviranomaisen antamiin vastauksiin. (Mm. Skälén ym. 2016; Friele & Sluijs 2006; Friele ym. 2008; Friele ym. 2013; Bouwman ym. 2016.)

Useimmat ihmiset kokivat myös olevansa velvollisia tekemään valituksen ja heitä näyttivät ohjaavan voimakkaat oikeudenmukaisuuden ja velvollisuuden tunteet, sillä tapahtuma oli heidän oikeustajunsa vastainen (Friele & Sluijs 2006; ks. myös Metteri 2012). Suurin osa potilaista halusi estää tyytymättömyyttä aiheuttaneen tapahtuman toistumisen. Taustalla ei ollut pelkästään pyyteetön altruismi vaan lähinnä oman oikeudenmukaisuuden tunteen palauttamisyritys. Odotuksena oli, että muutoksen aikaansaaminen ammattilaisen tai organisaation toiminnassa auttaisi palauttamaan valituksen tekijän oikeudenmukaisuuden tunteen ja korjaamaan oikeustajun loukkauksen. Muutos toiminnassa olisi toivotunlainen vastaus ja lopullinen tunnustus valitukseen. Lisäksi potilaat halusivat varmistua siitä, että henkilökunta on tietoinen tapahtumista ja niiden vaikutuksesta potilaaseen. He kaipaivat henkilökohtaisesti annettua selvitystä tapahtuneesta sekä anteeksipyyntöön tyytymättömyyttä aiheuttaneelta ammattilaiselta itseltään, ei niinkään sairaalan johtajalta tai esimieheltä. Osa valituksen tehneistä henkilöistä piti ammattilaisia tilivelvollisina ja henkilökohdaisesti vastuussa tekemisistään. (Friele & Sluijs 2006; Friele ym. 2013.)

Useimmat potilaat olivat tyytymättömiä tapaan, jolla heidän valituksiaan terveydenhuollosta käsiteltiin. Tyytymättömyys kohdistui lähinnä valituksen kohteena olevan sairaalan tai ammattilaisen toimintaan. Valvonta-/sääteleviranomaisen (esimerkiksi valituskomitea Alankomaissa) toimintaan suurin osa valittajista oli tyytyväisiä. Valituksen tekijät olivat tyytyväisempiä, kun ammattilainen pyysi anteeksi ja ilmaisi myötätuntonsa tapahtuneen johdosta, selitti, miten tapahtuma oli mahdollinen ja yritti ponnistella luottamuksellisen suhteen palauttamiseksi. Melkein kaikki valituksen tekijät pyrkivät saavuttamaan muutoksen vastauksena valitukseensa. Tästä on seurauksena se, että valituksen käsittely, joka ei salli muutosta, ei todennäköisesti täytä potilaiden odotuksia. (Friele ym. 2008;

Friele & Sluijs 2006.) Sellaisten sanojen käyttäminen, kuten ”olemme pahoillamme”, ei ole täydellinen anteeksipyyntö, jos anteeksipyyntöä tekevän henkilö ei tunnusta, että jotain moitittavaa on tapahtunut (Veneau & Chariot 2013).

Tutkimuksissa, jotka käsittelevät valituksen tekijöiden tyytyväisyyttä valituksen käsittelyyn ja sairaalan vastauksiin, havaittiin, että alle kolmasosa valittajista oli tyytyväisiä käsittelyyn ja terveydenhuollon edustajien lausuntoihin. Tyytymättömyyteen on tärkeää suhtautua vakavasti, sillä kolmannes valituksen tekijöistä pysyi tyytymättöminä siitäkin huolimatta, että heidän valituksensa katsottiin perustelluiksi. Valituksen tekijät odottivat sairaalan johdon toteuttavan ehkäiseviä tai parantavia toimia valituksen johdosta ja/tai keskustelevan tapauksesta työntekijöiden kanssa tai osastolla, jonka toimintaan valitus kohdistui, mutta näin ei ollut tapahtunut tai ainakaan valituksen tekijät eivät olleet siitä tietoisia. (Skälén ym. 2016; Bouwman ym. 2016; Friele & Sluijs 2006; Friele ym. 2008; Friele ym. 2013.) Valituksen tekijän tyytyväisyyttä eivät myöskään parantaneet tyytymättömyyttä aiheuttaneen tapahtuman kieltäminen, toisten klinikoiden syyttäminen, lyhyiden, yleisellä tasolla olevien vastausten saaminen eikä normaalien rutiinien selittäminen. Organisaation toiminnan kannalta onkin tärkeää sisäisten ongelmien tunnistaminen ja kriittinen tarkastelu sekä avoimuus toimimattomien rutiinien muuttamiselle. (Skälén ym. 2016.) Vaikka valituksen tekijät näyttävät olevan tyytyväisempiä säätely-/valvontaviranomaisten kuin organisaatioiden ja ammattilaisten lausuntoihin, tyytymättömyyden käsittelyä on tärkeä jatkaa myös organisaation sisällä jo potilasturvallisuuden ja hoidon laadun näkökulmasta. Tähän viittaa myös valittajien toivomus valituksen kohteena olevan yksikön tai ammattihenkilön antamasta henkilökohtaisesta selvityksestä. Erityisesti oikeudenmukaisuuden tunteen palautuminen näyttäisi edellyttävän asianosaisen ammattilaisen antamaa vastausta. (Friele & Sluijs 2006; Friele ym. 2008.) Näkemys on yhteneväinen Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston näkemyksen (Valvira 2016) kanssa, joka painottaa organisaation sisäisen käsittelyn ensisijaisuutta.

## 2.4 Kuntouttava sosiaalityö osana hyvää hoitoa ja kohtelua

Käytän erikoissairaanhoidon sosiaalityöstä käsitettä kuntouttava sosiaalityö (empowering social work), vaikka ajoittain käsite on ymmärretty lähinnä kunnallisen perussosiaalityön kuntouttavaksi työotteeksi (Liukko 2006, 110–111). Kuntouttavan sosiaalityön käsite omaksuttiin ja otettiin käyttöön Suomessa 2000-luvulla. Käsitteen juuret palautuvat työtömien aktivointiin ja kuntouttavaan työtoimintaan 1990-luvun laman seurauksena. Kuntouttavassa sosiaalityössä tavoitellaan ensisijaisesti työllistymisedellytysten parantamista, mikä liittyy käsitteen läheisesti elämänhallintaan, valtautumiseen ja voimaantumiseen sekä laajentaa käsitteen käyttöä työllisyyspalveluiden ja kunnallisen palvelutuotannon ulkopuolelle. (Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 2001/189; Luhtasela 2009, 8, 17; Tuusa 2005, 40; Liukko 2006, 73, 80, 111.)

Lähtökohtana kuntouttavassa sosiaalityössä on asiakkaan kokonaistilanteen huomiointi ja asiakkaan ajattelu- ja toimintatapojen muutostyön käynnistäminen. Kuntouttavan sosiaalityön rinnalla puhutaan usein myös muutossosiaalityöstä ja aikuissosiaalityöstä. (Tuusa 2005; Puromäki ym. 2017, 12.) Ymmärrän kuntouttavan sosiaalityön laaja-alaisesti sosiaalityön työorientaatioksi, jota voidaan soveltaa kuntoutuksen ja terveydenhuollon toimintaympäristöissä (SOSNET 2013; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017; Tuusa 2005, 41–42). Kuntouttavan sosiaalityön ammattikäytäntöjä ja työmenetelmiä ovat muun muassa psykososiaalinen työ, voimaannuttavat työotteet, tilannearviot, palvelu- ja aktivointisuunnitelmat, verkostotyö, sosiaalinen kuntoutus sekä palveluohjaus (Karjalainen 2017, 257; Liukko 2006, 102–103; Puromäki ym. 2017, 12). Kuntouttavan sosiaalityön tarve on lisääntynyt terveydenhuollon toimintaympäristöissä, sillä asiakkaiden kuntoutumiseen vaikuttavia sosiaalisia tekijöitä ei huomioida riittävästi. (Palola 2012, 31; Haukka-Wacklin 2016.)

Erikoissairaanhoidon sosiaalityössä toteutuu paljon myös kertaluontoisia asiakkaan kohtaamisia, joissa keskitytään tietyn, yksittäisen asian selvittämiseen eikä elämäntilannetta kokonaisvaltaisemmin käsitellä. Kaikkea erikoissairaanhoidon sosiaalityötä ei voida näin ollen pitää kuntouttavana sosiaalityönä. (Pirttijärvi 2013, 25; Kinni 2014, 48–49.) Kuntouttavassa sosiaalityössä painopiste on muutokseen tähtäävässä, pitkäkestoisessa auttamistyössä, joka perustuu vuorovaikutukseen ja luottamuksellisen suhteen rakentamiseen (Unkila 2015, 128; Tuusa 2005, 44). Kauppinen-Perttula (2017, 98) tiivistää ihmisen kohtaamisen toteamalla: ”Vasta kuulluksi tulemisen jälkeen asiakas voi nähdä toisin, taho toa toisin ja tehdä toisin”.

Psykososiaalinen työ kuntouttavan sosiaalityön menetelmänä huomioi ihmisen elämäntilanteen kokonaisvaltaisesti ja mahdollistaa muun kuntoutuksen toteutumisen (Pirttijärvi 2013, 33; Rossi 2013, 123; Antikainen-Juntunen 2005, 136–137; Karjalainen 2017, 257; Romakkaniemi & Värynen 2011, 148). Kansainvälisissä terveydenhuollon sosiaalityön tutkimuksissa sosiaalityöhön liitetyt työmenetelmät painottuvat psykososiaaliseen työhön ja palveluohjaukseen (Craig & Muskat 2013; Beddoe 2013; Schneiderman ym. 2008; Claiborne & Vandenburg 2001; Cree & Davis 2007). Erikoissairaanhoidon kriteerit täyttävillä asiakkailla on lähes poikkeuksetta vaativia palveluohjauksen-, sosiaalityöllisen asianajon ja psykososiaalisen tuen tarpeita (myös Haukka-Wacklin 2016, 112). Jotta asiakkaiden tyytymättömyyden, kokemusten ja toiveiden tarkastelu tapahtuisi kontekstisidonnaisesti, kuvaan seuraavaksi lyhyesti erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusta ja sosiaalityöntekijän osuutta prosessissa.

Osatutkimusten I ja IV kohteena oleva kuntoutustutkimuspoliklinikka on aloittanut toimintansa vuonna 1987 ja koko toimintakauden ajan poliklinikalla on työskennellyt sosiaalityöntekijä. Poliklinikan sosiaalityöntekijän tehtävänä oli teemahaastatteluaineiston keräämisen aikana selvittää asiakkaan koulutustaustaa, työhistoriaa, nykyisen työpaikan työnkuvaa sekä työtehtävien ja -olosuhteiden muutosmahdollisuuksia. Sosiaalityöntekijä kartoitti myös asiakkaan elämäntilannetta, tuen tarpeita ja ammatillista muutosvalmiut-

ta sekä piti yhteyttä kuntoutujaan verkostoon. Lääkärin vastaanotolla arvioitiin asiakkaan toimintakykyä kokonaisvaltaisesti sekä lisätutkimusten ja konsultaatiopyyntöjen tarvetta. Tutkimusjakso päättyi verkostotapaamiseen, jossa asiakkaalle laadittiin kuntoutussuunnitelma yhdessä läheisten, kuntoutuksen ammattilaisten ja työnantajan edustajien kanssa. (Palomäki 2012, 20–21.)

Nykyisin arviolta kolmasosa asiakkaiden kuntoutustutkimuksista toteutetaan lääkärin, sosiaalityöntekijän, kuntoutusohjaajan tai psykologin yhteisvastaanottoina tai parivastaanottoina. Vastaanoton jälkeen sosiaalityöntekijä tai kuntoutusohjaaja jatkavat seurannallista ja tukea antavaa prosessia. Ilman lääkäriä koottu moniammatillinen työryhmä: psykologi, kuntoutusohjaaja ja/tai sosiaalityöntekijä kohtaa noin viidesosan asiakkaista. Tämän lisäksi sosiaalityöntekijä koordinoi yksin viidesosan asiakkaiden kuntoutusprosesseista, joille ei pidetä varsinaista kuntoutussuunnitelmaneuvoittelua. Kyseisten asiakkaiden keskeiset ongelmat liittyvät pääosin sosiaalisiin kysymyksiin, kuten toimeentuloon ja kuntoutuspalveluihin. Sosiaalityöntekijällä on tukenaan moniammatillinen työryhmä, jota hän voi konsultoida viikoittain. (Haukka-Wacklin 2016, 58.)

Vaikka kuntoutustutkimuksen toimintakäytännöt ovat muuttuneet haastatteluajan kohdan jälkeen, sosiaalityöntekijän vastuu asiakkaiden kuntoutusprosesseissa on lisääntynyt. Kuntoutustutkimuksen aluksi asiakas tapaa yleensä ensimmäisenä sosiaalityöntekijän, jonka tehtävänä on toimia koordinaattorina, selkiyttäjänä ja suodattajana terveydenhuollon, sosiaalivakuutusjärjestelmien, työhallinnon sekä kuntien palvelujärjestelmien välillä. Tarve kuntouttavan sosiaalityön työorientaatiolle ja menetelmille on ilmeinen, sillä useilla asiakkailla esiintyy psykososiaalisia vaikeuksia, kuten työttömyyttä, toimeentulon ongelmia, pelkoa ja toivottomuutta tulevaisuuden suhteen. Lisäksi useat asiakkaat tarvitsevat palveluohjausta tai koordinoitua myös kuntoutustutkimuksen jälkeen. (Haukka-Wacklin 2016.)

## 3 Tutkimusasetelma

### 3.1 Osatutkimusten toteuttaminen

Tutkimukseni koostuu erilaisista aineistokokonaisuuksista ja aineistojen lukutavoista. Tällä tarkoitan sitä, että tarkastelen aineistoja sekä fakta- että näytenäkökulmasta. Teema-haastatteluaineistoa tarkastelen lähinnä näytenäkökulmasta, haastateltavien kokemuksina ja haastattelutilanteessa tuotettuina konstruktioina. Potilasmuistutuksien ja sairaalan antamien vastausten tarkastelu perustuu aineiston realistisempaan luentaan faktanäkökulmasta. Fakta- ja näytenäkökulmat ovat usein yhteenkietoutuneita, ja selkeimmin tämä on havaittavissa kyselytutkimusaineiston tarkastelussa. (Alasuutari 2007.)

Eri tiedonantajaryhmiltä kerätyn aineiston hyödyntäminen tutkimukseni analytytissä tarkastelussa mahdollistaa ymmärryksen syventämisen ja laajentamisen tutkittavasta ilmiöstä (Olsen 2004; Denzin 1970, 301) eli asiakkaiden tyytymättömyyden kokemuksista ja siitä, miten ne huomioidaan erikoissairaanhoidossa ja sairaalaorganisaation tasolla. Teema-haastattelun informantit on valittu tutkimukseen yksilöinä satunnaisesti, vapaaehtoisuuteen perustuen ja heitä yhdistää erikoissairaanhoidon ja tietyn poliklinikan asiakkuus, eivät asiakkuuteen johtaneet syyt. Asiakirja-aineistojen informantteja yhdistää puolestaan tyytymättömyys tietyssä sairaalassa saatuun hoitoon ja/tai kohteluun. Itsenäisinä artikkeleina osatutkimuksilla on omat tutkimuskysymyksensä, mutta luvussa kuusi keskityn meta-analyysin tekemiseen osatutkimusten tuloksista ja tulkitsen asiakkaiden kokemusten kertovan kollektiivisesti siitä, mihin asiakkaat ovat tyytymättömiä ja miten kokemukset tulevat huomioiduiksi sairaalan toimesta. (Ks. Denzin 1970, 301–302.)

Ensimmäisessä osatutkimuksessa (Palomäki 2018b) käsittelin asiakkaiden sektorirajat ylittäviä palvelutarpeita ja niihin vastaamista organisaatioiden yhteistoiminnan kautta. Toisessa osatutkimuksessa (Palomäki & Vanhala 2016a) tarkastelin asiakkaiden laatimia potilasmuistutuksia institutionaalisen vuorovaikutuksen prosessina eli asiakkaiden muistutusasiakirjojen ja sairaalan vastausten välisenä tekstivälitteisenä vuorovaikutuksena.



Kolmannessa osatutkimuksessa (Palomäki & Vanhala 2016b) keskityin muistutusprosessin tarkasteluun sairaalaorganisaation sisäisenä byrokratiatyön prosessina ja muistutusprosessin toimivuuden tarkasteluun asiakaspalautteen perusteella (kysely sairaalan vastauksen v. 2012 saaneille). Neljännessä osatutkimuksessa (Palomäki 2018a) tarkastelin asiakkaiden näkemyksiä sosiaalityöntekijän työtehtävistä, toimijuudesta ja rooleista erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikalla. Tulkitsin sosiaalityöntekijän toimija- ja roolikategoriat asiakkaiden sosiaalityöntekijän ammattiin kohdistamiksi rooliodotuksiksi. Seuraavaan taulukkoon olen koonnut osatutkimukset, tutkimuskysymykset, aineistot, teoreettiset lähestymistavat ja osatutkimuksissa käytetyt analyysimenetelmät.

Taulukko 1. Tutkimuksen toteuttaminen – osatutkimusten teoreettiset ja metodologiset lähtökohdat

Väitöskirjan tutkimustehtävä	Mihin asiakkaat ovat tyytymättömiä hoidossa ja kohtelussa? Miten asiakkaiden tyytymättömyyttä käsitellään erikoissairaanhoidossa? Mitä asiakkaat toivovat hoidolta ja kohtelulta erikoissairaanhoidossa?			
	Tutkimuskysymykset	Aineistot	Teoreettinen lähestymistapa	Analyysimenetelmä
<b>I</b> Asiakkaiden kokemuksiin perustuvat kuntoutusta tukevat prosessit yhteisten toimintojen alueella	Minkälaisia kuntoutusta tukevia prosesseja asiakkaiden sektorirajat ylittäviin palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää?	Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikan entisten asiakkaiden teemahaastatteluaineisto (n=10)	N. Luhmannin systeemiteoria: yhteiskunnan osajärjestelmät, rajasysteemi/yhteisten toimintojen alue	Teoriaohjaava sisällön-analyysi
<b>II</b> Patients' Complaints and Managers' Responses as a Process of Institutional Interaction	Mitä merkitystä muistutuksen tekemisellä on asiakkaiden ja terveydenhuoltojärjestelmälle? Mitä vaikutuksia muistutuksen tekemisellä on asiakassuhteelle? → Minkälaista on tyytymättömyyden käsittely tulevaisuuden terveydenhuollossa?	Yliopistollisen sairaalan potilasmuistutus-asiakirjat (n=229) ja sairaalan vastaukset (n=226) sekä kysely muistutuksen v. 2012 tehneille (n=93)	Institutionaalinen vuorovaikutus	Muistutuksissa ja sairaalan vastauksissa teorialähtöinen sisällön-analyysi Aineistojen synteessissä temaattinen analyysi Analyysirunkona sairaalan muistutuslomake
<b>III</b> Terveydenhuollon muistutus asiakkaan arvioimana käytäntönä	Mitä merkitystä muistutuksen tekemisellä on asiakkaalle? Mitä vaikutuksia muistutuksen tekemisellä on asiakassuhteelle?	Muistutuksen v. 2012 tehneille suunnattu kysely (n=93) Taustoituksessa potilasmuistutus-asiakirjat ja sairaalan vastaukset	Byrokratiatyö	Teorialähtöinen sisällön-analyysi Analyysirunkona kyselylomakkeen keskeisimmät teemat
<b>IV</b> Kuntoutussosiaalityöntekijän työtehtävät, toimijuus ja roolit asiakkaan silmin	Mitkä ovat asiakkaiden nimeämät sosiaalityöntekijän työtehtävät kuntoutustutkimus-poliklinikalla? Mitä toimijakategorioita nämä työtehtävät määrittävät sosiaalityöntekijälle?	Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikan entisten asiakkaiden teemahaastatteluaineisto (n=10)	Kuntouttava sosiaalityö erikoissairaanhoidossa	Teoriaohjaava sisällön-analyysi, vaikutteita Sacksin jäsenkategorisoinnin analyysimenetelmästä



## 3.2 Tutkimusaineistot ja analyysin eteneminen

### Kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaiden teemahaastattelut

Osatutkimusten I (Palomäki 2018b) ja IV (Palomäki 2018a) aineistona on Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimuspoliklinikan kymmenen entisen asiakkaan teemahaastattelut. Olen hyödyntänyt aineistoa aikaisemmin lisensiaatintutkimuksessani (Palomäki 2012), jossa tutkimustehtävänä oli asiakkaan osallisuuskokemusten kartoittaminen kuntoutustutkimusprosessiin liittyen. Haastattelut on toteutettu aikavälillä 10.12.2010–21.2.2011 ja ennen haastattelujen toteuttamista tutkimukselle on haettu Eettisen toimikunnan puoltava lausunto (18.1.2010). Koska aineisto on otettu uudelleen käyttöön, sille on haettu tutkimusyksikön johtajan hyväksymä käyttö lupa 2.7.2015. Uutta eettisen toimikunnan käsittelyä ei edellytetty, koska haastatteluaineisto on pysynyt samana eikä uutta, täydentävää aineistoa ole kerätty. Vaikka aineiston keräämisestä on aikaa, asiakkaiden sektorirajat ylittäviin palvelutarpeisiin vastaamisen haasteet ovat edelleen ajankohtaisia (ks. esim. Haukka-Wacklin 2016; Kauppinen-Perttula 2017). Haastateltavista puolet oli naisia ja puolet miehiä. Haastatteluhetkellä haastateltavien ikäjakauma oli 21–45 vuotta eli haastateltavat edustivat kuntoutustutkimuspoliklinikan nuorempia ikäluokkia. Haastatteluaineiston laajuus oli ajallisesti 15 tuntia 31 minuuttia (litteroituja sivuja 229, riviväli 1,5). Teemahaastattelun teemoiksi valikoituivat lisensiaatintutkimuksen tutkimustehtävän perusteella kuntoutustutkimuksen käynnistyminen ja siihen johtaneet syyt, kuntoutustutkimusprosessin kulku, asiakkaan odotukset ja kuntoutusmotivaatio, osallisuuden kokemukset prosessin aikana ja kuntoutussuunnitelman laadinnassa sekä palaute ja kehittämis ehdotukset.

Osatutkimuksessa I (Palomäki 2018b) tarkastelin aineistoa teoriaohjaavaa laadullista sisällönanalyysii hyödyntäen (Tuomi & Sarajärvi 2018). Luhmannin systeemitteoria ja erityisesti osajärjestelmien yhteistoiminta (yhteisten toimintojen alue) suuntasi aineiston luentaa. Etsin aineistosta haastateltavien kuvauksia ja toiveita eri osajärjestelmiä edustavien ammattilaisten ja/tai organisaatioiden välisestä yhteistyöstä. Tämän jälkeen ryhmittelin aineisto-otteet sisällön mukaan neljäksi eri palvelutarpeeksi: kokonaistilanteen arviointi, tiedonkulku, palveluohjaus ja toimeentulon turvaaminen, joihin vastaaminen edellyttää osajärjestelmien (sekä organisaatioiden ja ammattilaisten) rajat ylittävää yhteistyötä. Kontekstiin (kuntoutustutkimuspoliklinikka, kuntoutujat) liittyen nimesin nämä palvelutarpeet kuntoutusta tukeviksi prosesseiksi. Jokaisella asiakkaalla on yksilöllinen kuntoutusprosessinsa, mutta sen rinnalla kulkee osajärjestelmien yhteistoimintaan perustuvat, kuntoutusta tukevat prosessit.

Osatutkimuksessa IV (Palomäki 2018a) tutkimustehtävänäni oli sosiaalityöntekijöiden työtehtävien ja niiden kautta sosiaalityöntekijälle määrittyvien toimijakategorioiden näkyväksi tekeminen asiakkaiden kokemuskuvausten avulla. Analyysissä hyödynsin laadullista sisällönanalyysii kuntouttavan sosiaalityön ohjatessa aineiston luentaa. Lisäksi analyysissä on vaikutteita Harvey Sacksin kehittelemästä jäsenkategorisoinnin analyysimenetelmä-

tä (Membership Categorization Device). Kategorialla tarkoitetaan luokittelun pohjalta tapahtuvaa nimeämistä (Juhila ym. 2012a, 18) ja jäsenyysskategorisoinnilla puolestaan kokoelmaa kategorioita sekä joukkoa sääntöjä, joilla näitä kategorioita sovelletaan (Järvi-  
luoma & Roivainen 1997; Roivainen 1999; Ruusuvuori 2001, 393–395; Juhila ym. 2012a, 28–29)<sup>1</sup>. Hyödynsin osatutkimuksessa kategorian, kategoriasidonnaisten toimintojen ja kategoriapiirteen (Jayyusi 1984) käsitteitä aineiston luokittelun välineinä. Kategorioiden käyttäminen on paitsi vahvasti seurauksellista myös konteksti- ja tilannesidonnaista eli kategoriakuvaukset ovat aina sidoksissa siihen, missä, miten ja kenen toimesta kategorioita tuotetaan ja kenelle niitä esitetään (Roivainen 1999, 24; Juhila ym. 2012b, 53, 75; Välimaa 2011, 25). Aineiston analyysi eteni siten, että ensin etsin aineistosta sosiaalityöntekijän työskentelyä kuvaavia verbejä ja sosiaalityöntekijään henkilönä liitettyjä adjektiiveja (jäsenkategorisoinnin välineistöä apuna käyttäen), jotka sitten luokittelin työtehtäviksi ja siitä edelleen toimijakategorioiksi. Eli tähän asti analyysi eteni hyvin aineistolähtöisesti. Lopuksi päädyin tutkimuskirjallisuutta hyödyntäen kolmeen sosiaalityöntekijän roolikategoriaan: asianajaja, kuntoutuksen palveluohjaaja ja psykososiaalisen tuen antaja. Näkemykseni mukaan kuntoutustutkimuspoliikklinikka moniammatillisena, polyfonisena (ammattillisesti moniäänisenä) toimintaympäristönä selvästi houkuttelee asiakkaita eri ammattiryhmien toimintatapojen ja roolien vertailemiseen. Haastateltavat hyödynsivät runsaasti erilaisia retorisia keinoja, kuten kontrastiparin käyttöä liittoutuessaan sosiaalityöntekijöiden kanssa (Jokinen 1999, 153). Tällä tarkoitan sitä, että sosiaalityöntekijän työtehtäviä ja toimijuutta kuvattiin myönteisessä valossa ja samanaikaisesti lääkäreiden toiminta esitettiin negatiivisesti merkityksellistettynä. Tulkitsen, että osa asiakkaiden tyytymättömyydestä kanavoituu lääkäreiden ammattiryhmälle, joka on päävastuussa päätöksenteosta ja sosiaaliturvatuksien hakemisen (ja saamisen) kriteereiden arvioinnista.

## Muistutukset ja sairaalan vastaukset

Osatutkimuksessa II (Palomäki & Vanhala 2016a) ja III (Palomäki & Vanhala 2016b) aineistona ovat erään yliopistollisen sairaalan potilasmuistutusasiakirjat vuodelta 2012 (n=229) tietyin poissulkukriteerein ja sairaalan antamat vastaukset (n=226)<sup>2</sup> sekä kyselytutkimusaineisto sairaalan vastauksen v. 2012 saaneille (n=93). Osatutkimuksessa III pääaineistona oli kyselyaineisto potilasmuistutusasiakirjojen ja vastausten jäädessä lähinnä taustoituksen tasolle. Ennen aineiston keräämistä tutkimushankkeelle on haettu Eettisen toimikunnan puoltava lausunto 5.3.2013 sekä organisaation johdon myöntämä tutkimuslupa. Tutkimassani yliopistollisessa sairaalassa oli vastattu v. 2012 yhteensä 307 muistutukseen. Suljin pois aineistosta ne muistutukset, joista kävi ilmi muistutusasian vieminen sai-

1 Sacksin kategoriaturkimusta jatkaneet nykytutkijat liikkuvat keskusteluanalyysin tai diskursiivisen kategoriaturkimuksen voimakentissä (Välimaa 2011, 25). Osatutkimus IV edustaa jälkimmäistä suuntausta eli diskursiivista kategoriaturkimusta (ks. myös Roivainen 1999, 24–25; Kinni 2014).

2 Kolmessa muistutustapauksessa sairaalan vastaus oli hoidettu neuvottelemalla kasvotusten tai puhelimitse, eikä sairaalan kirjallista vastausta ollut käytettävissä.

raalaorganisaation ulkopuolisen tahon käsittelyyn (mikäli se tuli esiin asiakirjoista) esim. Potilasvakuutuskeskukseen tehdyt vahinkoepäilyt, hallinto-oikeuteen viedyt valitukset tai aluehallintovirastoon tehdyt kantelut. Päädyin edellä mainittuun rajaukseen, koska tavoitteenani oli keskittyä sairaalaorganisaation sisäisen muistutusprosessin tarkasteluun. On mahdollista, että rajauksen myötä kaikkein haasteellisimmat asiakastapaukset ovat jääneet tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Lisäksi aineistosta poistettiin yksittäiset potilasasiakirjamerkintöihin liittyvät korjausvaatimukset sekä niitä toimintayksiköjä koskevat muistutukset, joissa tapauksia olisi ollut alle 10. Edellä mainituilla poissulkukriteereillä aineistoksi valikoitui 229 muistutusta erikoissairaanhoidon kuudelta eri alueelta, joihin sisältyi aikuisten, lasten, somatiikan ja psykiatrian alueita eli otanta käsitteli lopulta yli 2/3 koko vuoden 2012 muistutusaineistosta.

Potilasmuistutusasiakirjojen ja sairaalan vastausten käsittely osoittautui varsin työlääksi, sillä edellä mainittuja dokumentteja ei saanut kopioida tai muulla tavalla tallentaa eikä siirtää pois niiden säilytyspaikasta. Poiminnat muistutusasiakirjoista ja sairaalan vastauksista oli tehtävä sairaalaorganisaation eri alueiden hallinnollisissa toimistotiloissa. Potilasmuistutusasiakirjat ja sairaalan vastaukset käsittivät yhteensä yli 1000 sivua tekstiä.

Johtuen asiakirjojen määrästä ja aineiston tallentamiseen liittyvistä rajoituksista, poimin potilasmuistutusasiakirjoista seuraavat tiedot:

- 1) sairaalan toimintayksikkö/alue
- 2) muistutus koski omaa/läheisen hoitoa ja/tai kohtelua, (jos kyseessä läheisen hoito/kohtelu, muistutuksen tekijän suhde ko. henkilöön),
- 3) muistutuksen kohteena olevan henkilön sukupuoli ja ikä
- 4) muistutuksen tekijän sukupuoli,
- 5) muistutuksen tekemiseen johtaneen tapahtuman kuvaus,
- 6) muistutuslomakkeen asialuokitus<sup>3</sup>.

Sairaalan vastauksista poimittavien tietojen osalta analyysirunko syntyi aineistoa teemoittamalla (Tuomi & Sarajärvi 2018), sillä sairaalan vastauksissa toistui selkeästi tietynlainen vastauskaava, jonka pohjalta muodostin poimintakriteerit. Sairaalan antamista vastauksista tein seuraavat poiminnat:

- 1) kuka/ketkä vastaa(vat) muistutukseen,
- 2) onko muistutusasiasta keskusteltu henkilökunnan kanssa,
- 3) esitetäänkö lääketieteelliset tosiasiat/dokumentit,
- 4) pahoitellaanko tapahtunutta ja/tai pyydetäänkö anteeksi (esim. henkilökunnan/alaisen puolesta),
- 5) luvataanko korjata/muuttaa käytäntöjä tai keskustella henkilökunnan kanssa asian korjaamiseksi yms.,
- 6) myönnetäänkö vai kielletäänkö virhe/ei-hyväksyttävä toiminta/käytös,
- 7) ei oteta kantaa muistutuksen sisältöön (neutraali vastaus).

3 Muistutuslomakkeen asialuokitus oli seuraavanlainen: hoito ja/tai menettely, lääkkeiden määrääminen, käytös ja/tai kohtelu, salassapitosäännösten noudattaminen, todistukset ja lausunnot, tiedon saanti ja/tai potilasasiakirjamerkinnät, muu syy).

Potilaista, joiden hoitoon ja/tai kohteluun oltiin tyytymättömiä, naisia oli 132 ja miehiä 69. Muistutuksista 28 asiakirjaa koskettivat alaikäisen lapsen tai nuoren hoitoa (ja tai kohtelua) ja näissä muistutuksen tekijänä oli yleisimmin jompikumpi tai molemmat vanhemmista. Valtaosassa tapauksista (167, 73,8 %) muistutuksen laatijana oli potilas itse. Aikuisten hoitoa koskevista muistutuksista, 34 tapauksessa muistutuksen tekijä oli joku muu kuin potilas itse tai potilas oli laatinut muistutuksen yhdessä läheisen kanssa. Eniten muistutukset koskettivat 60–69-vuotiaita (39 tapausta) ja 40–49-vuotiaita (35 tapausta)<sup>4</sup>.

Potilasasiamiehen laatiman vuosiraportin (v. 2012) mukaan keskimääräinen muistutusasian käsittelyaika (aika muistutuksen saapumisesta vastauksen lähettämiseen) oli tutkimassani sairaalassa 30 vuorokautta. Kirjallisen vastauksen tekemiseen osallistui keskimäärin kolme henkilöä muistutusta kohden. Vastauksen tekemiseen osallistuneiden määrä vaihteli alueittain, eniten vastaukseen osallistuneita henkilöitä oli lasten ja naisten sairauksien (3,7 henkilöä/vastaus) alueella ja vähiten psykiatriassa (2 henkilöä/vastaus). Vastaukset noudattivat lähes poikkeuksetta yhtenäistä kaavaa: vastauksen antoi sairaanhoidon alueen hierarkiassa ylinnä oleva johtaja ja hänen alapuolellaan oleva vastuunjaon mukainen johtaja. Johtajien lisäksi vastauksen antamiseen osallistui ne, joita muistutus varsinaisesti koski. Eniten vastauksia antoivat lääkärit. Muita vastaajia olivat (63 tapauksessa) sairaanhoitaja, osastonhoitaja, ylihoitaja, puheterapeutti, lääkintävahtimestari, osasto-sihtööri, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti. (Vanhala & Palomäki 2015.)

## Kyselytutkimus sairaalan vastauksen saaneille

Potilasmuistutusasiakirjojen ja sairaalan antamien vastausten läpikäymisen jälkeen, halusin selvittää, mitä merkitystä muistutuksen tekemisellä on asiakkaalle ja terveydenhuoltojärjestelmälle, ja mitä vaikutuksia muistutuksen tekemisellä on asiakassuhteelle. Kysely lähetettiin 3–6/2013<sup>5</sup> välisenä aikana sairaalan muistutusvastauksen vuonna 2012 saaneille tietyin rajauksin: kysely osoitettiin täysi-ikäisille muistutusvastausten saajille, joiden osoitetiedot olivat selkeästi muistutusasiakirjoissa esillä. Mikäli asiakirjoista tuli esille muistutuksen ohella tehty sairaalaorganisaation ulkopuolinen muutoksenhakukäsittely, kyselyä ei lähetetty. Jos samalle henkilölle oli vastattu usealta eri sairaanhoidon vastuualueelta, kysely osoitettiin asiakkaalle vain kerran. Edellä mainituilla rajauksilla kysely lähetettiin 210 sairaalan vastauksen v. 2012 saaneelle. Kyselyn vastausprosentti oli 44 % (n=93/210).

Kyselylomake oli osittain strukturoitu niin, että valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi tilaa oli avoimille vastauksille esim. perusteluille, miksi vastaaja valitsi tietyn vastausvaihtoehdon. Kyselylomake sisälsi 20 kysymystä, joista ensimmäiset kysymykset olivat

4 Aivan kaikista muistutusasiakirjoista ei selvinnyt muistutuksen kohteena olleen henkilön syntymävuosi (7 tapausta), sillä osa muistutuksista oli laadittu vapaamuotoisesti esim. sähköpostitse tai asiakaspalautelomakkeella.

5 Kyselylomake lähetettiin kohderyhmälle kahdesti alhaisen vastausprosentin vuoksi. Ensimmäisellä kierroksella palautuneita vastauksia oli 57 ja toisen kyselykierroksen jälkeen vastausten kokonaismäärä oli 93.

lähinnä muistutuksen tekijän taustatietoja kartoittavia<sup>6</sup>. Kyselyssä asiakkaita pyydettiin kertomaan 1) muistutuksen tekemiseen johtaneen(n)t syy(n)t, 2) yksilöidä, mitä hoidosta ja kohtelusta jäi puuttumaan, 3) muistutuksen tekemiseen mahdollisesti saatu ohjaus/apu tai sen puute, 4) muistutusasiaan liittyvä yhteydenpito sairaalan kanssa ennen/jälkeen muistutuksen laatimisen, 5) arvioida, mikä muistutuksen tekemisessä oli hyvää/huonoa 6) odotukset muistutusprosessia kohtaan, 7) sairaalan antaman vastauksen arviointi (vastasiko odotuksia), 8) ulkopuoliseen muutoksenhakuun turvautuminen muistutusasiassa, 9) mikä keino tai tyytymättömyyden käsittelytapa olisi voinut korvata muistutuksen laatimisen, 10) muistutuksen tekemisen vaikutukset myöhemmin saatuun hoitoon ja kohteluun, 11) oma suhtautuminen sairaalaan/henkilökuntaa kohtaan muistutusprosessin jälkeen, 12) muistutusprosessin toimivuuden arviointi sekä 13) mahdollinen vapaamuotoinen palaute sairaalan henkilökunnalle.

Suurin osa kyselyyn vastaajista oli naisia (n=68) ja lähes puolet (n=42) oli syntynyt 1950–1960-luvuilla. Muistutukset olivat kohdistuneet eniten omaan hoitoon ja/tai kohteluun (n=70, 75 %), mutta myös läheisen hoitoon ja/tai kohteluun (n=23, 25 %) eli kyselyyn vastanneiden profiili oli hyvin samankaltainen kuin muistutusasiakirjoissa.

Osatutkimuksessa II tarkastelin, mitä merkitystä muistutuksen tekemisellä on asiakkaalle ja terveydenhuoltojärjestelmälle, ja mitä vaikutuksia muistutuksen tekemisellä on asiakassuhteelle. Kyseissä osatutkimuksessa tarkastelin aineistoa tekstivälitteisenä institutionaalisenä vuorovaikutuksena ja aktiivisen kansalaisen oikeuksien toteutumisen näkökulmasta. Analyysi eteni teorialähtöistä sisällönanalyysia mukaillen siten, että ensin poimin asiakirjoista muistutuksen sisällöt valmiiksi strukturoituihin kategorioihin sairaalan muistutuslomakkeen luokituksen mukaisesti eli sairaalan muistutuslomake toimi väljänä analyysirunkona (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127–131).<sup>7</sup> Muistutuslomakkeen sisällöllinen rakenne perustuu Potilaslaissa (17.8.1992/785) määriteltyihin potilaan oikeuksiin. Pieni osa muistutuksista oli sähköpostilla lähetettyjä selontekoja, sairaalan asiakaspalautejärjestelmästä poimittua tekstiä tai kirjelmiä ilman lomaketta ja sen ohjaavia kysymyksiä. Näiden osalta tein tulkinnan siitä, mihin kategoriaan muistutus asiasisällön perusteella voisi kuulua. Varsin usein muistutuksessa tuotiin esiin useampia syykategorioita samanaikaisesti.

Sairaalan vastausten osalta analyysirunko muodostui temaattista analyysia hyödyntäen siten, että etsin aineistosta tapoja, joilla esimiehet ja asianosaiset ammattilaiset reagoivat asiakkaan tyytymättömyyteen ja miten he perustelivat vastauksiaan. Vastauksissa kategorioiksi muodostuivat lääketieteelliseen tietoon ja potilaskertomuksen teksteihin viittaami-

6 Osatutkimuksen III taulukko 1 on rakennettu pitkälti kyselylomakkeen rakenteen mukaiseksi. Huomoitavaa on, että taulukon 1. sarakkeen luokittelussa on huomioitu useita valittuja vastaussisältöjä. Esimerkiksi muistutusprosessin toimivuutta kuvaavassa sarakkeeseen on koottu kolmeen eri kysymykseen annetut vastaukset.

7 Jaottelin muistutusten sisällöt muistutuslomaketta mukaillen: hoitoon ja menettelyyn, kohteluun ja käytöksen, tiedonsaantiin, lääkkeiden määräämiseen, todistuksiin ja lausuntoihin, salassapitoon ja muuhun, omavalintaiseen asiasisältöön.

nen, asiakkaan kokemuksen pahoittelu, muistutuksessa esitetyn asian kyseenalaistaminen, lupaus selvittää ja muuttaa käytäntöä, muistutuksen sisällön myöntävä selonteko, ei-toivottavan tapahtuman, huonon käytöksen tai virheen anteeksipyyttäminen. Kuten muistutuksissa, myös sairaalan vastauksissa hyödynnettiin useampia vastauskategorioita samanaikaisesti. Muistutusten ja sairaalan vastausten erillisen analysoinnin jälkeen tarkastelin asiakirjoja yhdessä, mikä teki näkyväksi tekstivälitteisen institutionaalisen vuorovaikutuksen hankaluudet ja kehittämiskohteet. Osatutkimuksen II analyysi jatkui kyselytutkimusaineiston tarkastelun yhdistämisellä asiakirja-aineistosta tehtyyn analyysiin (Denzin 1970; Tuomi & Sarajärvi 2018).

Osatutkimuksessa III (Palomäki & Vanhala 2016b) keskityin muistutusprosessin toimivuuden asiakaslähtöiseen arviointiin byrokratiatyön kehityksessä (kansalaisen ja auktoriteettisuhteen välisenä kirjallisen vuorovaikutuksena) hyödyntäen sairaalan vastauksen v. 2012 saaneille henkilöille suunnatun kyselyn vastauksia (n=93). Vaikka tutkimuskysymykset (mitä merkitystä muistutuksen tekemisellä on asiakkaille ja mitä vaikutuksia sillä on asiakassuhteelle) ovat samankaltaisia kuin osatutkimuksessa II, tarkastelu tapahtuu enemmän asiakasnäkökulmasta ja pääasiallisena analysoinnin kohteena ovat kyselyn vastaukset (ks. myös Mäkelä 2015, 47). Eli tutkimuskysymykset esitetään kohdennetusti asiakkaille ja eri aineistolle kuin osatutkimuksessa II, sillä osatutkimuksessa III siirryin muistutusprosessin lähitarkasteluun. Muistutusasiakirjat ja sairaalan vastaukset toimivat osatutkimuksen III tausta-aineistona.

Hyödynsin analyysissä teorialähtöistä sisällönanalyysiä kyselylomakkeen keskeisimpien aihealueiden: muistutuksen syy/aihe, muistutuksen tekemiseen saatu tuki ja selvitytelytaho, muistutusprosessin toimivuus ja muistutuksen vaikutukset, toimissa analyysirunkona (Tuomi & Sarajärvi 2018).<sup>8</sup> Jokaisen (osatutkimus III, taulukko 1) alaotsikon (aihealueen) sisällöissä on hyödynnetty eri kysymyksiin annettuja vastauksia. Erityisesti muistutusprosessin toimivuutta ja vaikuttavuutta arvioivia kuvauksia löytyi kauttaaltaan koko kyselyaineistosta, joten niiden löytäminen vaati tarkkuutta ja useampia aineiston lukukertoja. Avovastauksen laajuus ja tarkat tapahtumakuvaukset mahdollistivat analyysin viemisen yksityiskohtaiselle tasolle esimerkiksi muistutusprosessin toimivuuden reunaehtojen määrittelyyn, joita voidaan samalla pitää muistutusprosessin kehittämisehdotuksina ja tyytymättömyyden vaihtoehtoisina käsittelytapoina.

## Osatutkimusten analyysin yhteenveto

Hyödynnän tutkimuksessa erilaisia aineistoja; teemahaastatteluja, potilasmuistutuksia ja sairaalan niihin antamia vastauksia sekä sairaalan vastauksen saaneille suunnatun kyselyn vastauksia eli kerään tietoja eri informanteilta (Denzin 1970; Tuomi & Sarajärvi 2018, 168;

<sup>8</sup> Muistutuksen syy/muistutuksen tekemiseen johtaneen tapahtuman kuvaukseen liittyvissä avovastauksissa hyödynsin potilasmuistutus -lomakkeen asiasisältöluokittelua (Ks. taulukko 1, A Muistutuksen aihe, avovastaukset).

Eskola & Suoranta 2000, 69–70), mikä mahdollistaa asiakkaiden kokemusten tutkimisen eri näkökulmista. Muistutusasiakirjojen ja sairaalan vastausten sekä kyselytutkimuksen tarkastelu osatutkimuksissa II ja III tekee näkyväksi paitsi itse muistutusprosessin kulun, myös tekstivälitteisen vuorovaikutuksen ongelmat. Kyselytutkimus puolestaan tarkentaa muistutusprosessin toimivuuden reunaehtoja ja tyytymättömyyden vaihtoehtoisia käsitteilytapoja asiakasnäkökulmasta.

Pitkään terveydenhuoltojärjestelmän ja erikoissairaanhoidon piirissä asioiden asiakkaiden teemahaastattelut (osatutkimuksissa I ja IV) tuovat vertailupohjaa jo tyytymättömyytensä ilmaisseiden asiakkaiden selonteolle. Vaikka asiakkaiden kokemuksiin perustuvat kuvaukset teemahaastatteluaineistossa eivät ole selkeästi tyytymättömyyden ilmaisemista, silti organisaatioiden yhteistoimintaa edellyttävät palvelutarpeet (osatutkimus I) löytyivät aineistosta pääsääntöisesti negaation kautta eli kriittisinä palvelukokemuksina. Samalla tavoin sosiaalityöntekijöiden työtehtäviä ja toimijuutta kuvatessaan (osatutkimus IV) haastateltavat hyödynsivät kontrastiparin käyttöä retorisenä keinona (Jokinen 1999, 153) vertailemalla keskenään sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden toimintatapoja ja rooleja. Haastateltavat liittoutuivat sosiaalityöntekijän kanssa ja esittelivät tämän työtehtäviä myönteisessä valossa, kun taas lääkärin toiminta tuotiin esiin negatiivisesti merkityksellistettynä.

Teemahaastatteluaineiston osalta analyysiä ohjasi Luhmannin systeemiteoria osatutkimuksessa I ja kuntouttava sosiaalityö osatutkimuksessa IV. Osatutkimuksissa II ja III hyödynsin laadullista teorialähtöistä sisällönanalyysiä, sillä aineiston keruuvaiheessa tein selvät rajaukset sen suhteen, mitä tietoja poimin potilasmuistutusasiakirjoista ja sairaalan vastauksista. Laadullisen luokittelun jälkeen kuvasin aineiston sisältöä myös määrällisesti esim. laskemalla kuinka monta kertaa sama kategoria esiintyi aineistossa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 135, 142; Vaismoradi ym. 2013.)

Eri osatutkimuksia yhdistävänä tutkimustehtävänä on asiakkaiden hoitoon ja kohteluun liittyvien kokemusten ja toiveiden kartoittaminen, jota käsitellään tarkemmin luvussa 6.

### 3.3 Eettinen pohdinta

Hoitoon ja kohteluun tyytymättömyyden ottaminen tutkimuksen keskiöön on arkaluonteinen ja eettisesti vaativa yhtälö niin asiakkaan, ammattilaisen, organisaation kuin tutkijankin näkökulmasta. Tutkimuksen aineistot on kerätty organisaation johtajan myöntämällä tutkimusluvalla ja niihin on haettu Eettisen toimikunnan puoltavat lausunnot. Huolimatta eettisten lähtökohtien ennakkoarvioinnista, tutkimusetiikka on aina kontekstisidonnaista eikä tutkimuseettisiä ratkaisuja ole mahdollista etukäteen tyhjentävästi ennakoita (Rauhala ym. 2011, 238).

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mietinnössä (2009) tutkimuksen eettiset periaatteet jaetaan kolmeen osa-alueeseen: tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen,



vahingoittamisen välttämiseen sekä yksityisyyteen ja tietosuojaan. Tutkimukseeni osallistuminen on ollut tutkittaville vapaaehtoista ja osallistumismahdollisuutta on tarjottu ainoastaan täysi-ikäisille henkilöille. Tutkittavia on tiedotettu tutkimuksen sisällöstä ja kerättävän aineiston käyttötarkoituksesta kirjallisesti tutkittavien rekrytoinnin yhteydessä. Lisäksi tutkittavien on ollut mahdollista saada halutessaan lisätietoja tutkijalta. Vahingoittamisen välttäminen on eettisenä periaatteena haastava, sillä tutkijan on lähes mahdotonta etukäteen arvioida esimerkiksi haastattelutilanteen vaikutusta haastateltavaan tai miten tutkimuksen tuloksia tullaan myöhemmin käyttämään (Rauhala ym. 2011, 241). Eniten hallittavissa ja ennakoitavissa ovatkin yksityisyyteen ja tietosuojaan liittyvät kysymykset. Tutkimukseeni osallistujat on koodattu kirjain- ja numerotunnisteilla niin haastattelujen kuin asiakirja-aineistojen osalta. Lisäksi tiettyjä arkaluonteisiksi luokittelemiani tapahtumakuvauksia (esim. potilaan kuolemaan johtaneita tapahtumia tai rikoshistoriatietoja) ei ole otettu lainkaan tutkimusaineiston analyysiin. Tutkimustehtävän kannalta ei-merkityksellisiä yksityiskohtia esim. haastattelulainauksen yhteydessä on muutettu tunnistettavuuden häivyttämiseksi.

Potilasmuistutusasiakirjoja (n=229) ja sairaalan antamia vastauksia (n=226) ei ole kopioitu, tallennettu tai siirretty pois niiden säilytyspaikoista. Tämä asiakirjojen tallentamis- ja kopiointikielto on perusteltua aihepiirin arkaluonteisuuden ja tietosuojaääädösten vuoksi, mutta samalla se rajoitti tutkimusaineistosta kerättävää tietoa ja aineiston käyttömahdollisuuksia. Pöimintaan kohdistuvat valinnat oli rajattava tarkasti etukäteen, koska asiakirjatekstejä oli yli tuhat sivua ja niihin palaaminen olisi ollut varsin haastavaa, sillä asiakirjoja säilytettiin kuudessa eri hallinnollisessa kansliassa. Jotta asiakkaiden, ammattilaisten ja organisaation yksiköiden anonymiteetti säilyisi, potilasmuistutusasiakirjoja ei hyödynnetty niiden yksiköiden osalta, joissa muistutuksia olisi ollut alle kymmenen.

Olen hyödyntänyt aiemmin teemahaastattelua aineistoa lisensiaatintutkimuksessani (2012) ja jo tällöin mieltäni askarruttivat fyysisesti ja psyykkisesti hauraiden ihmisten osallistuminen haastatteluun. Esimerkiksi kaksi haastateltavaa ei olisi kyennyt terveydentilansa vuoksi osallistumaan haastatteluun lainkaan, jos haastatteluista ei olisi tehty heidän omassa kodissaan. Osittain edellä mainitusta syystä suoritin seitsemän haastattelua kymmenestä muualla kuin kuntoutustutkimuspoliklinikan tiloissa. Lisäksi yksi haastateltavista kertoi hyvin yksityiskohtaisia ja arkaluonteisia tietoja omasta elämänsähistoriastaan ja sovimme kyseisen haastateltavan kanssa, että näitä asioita hänen elämästään en hyödynnä tutkimuksessa.

Teemahaastattelua aineistossa toisiin ammatilaisiin kohdistuvan kritiikin käsittely on ollut kaikkein haasteellisinta. Kriittisten kommenttien esille tuomisen teki haasteelliseksi osittain myös se, että tutkijana työskentelen itse samassa organisaatiossa ja aikaisemmin jopa samassa toimipisteessä. Kolme haastateltavista oli minulle entuudestaan tuttuja aikaisemman asiakassuhteen kautta. Kun tutkija ja tutkittava tuntevat toisensa, vaarana on, että heidän välilleen voi muodostua läheinen ja luottamuksellinen ilmapiiri, jolloin tutkittava voi avautua liikaa ja myöhemmin kokea, että hänen kertomaansa väärinkäytettiin (Shaw



2008, 404–405, 409; Palomäki 2012). Näiden kolmen haastateltavan asiakassuhde kanssani oli lyhykestoinen ja sen päättymisestä oli haastatteluhetkellä kulunut aikaa 2–3 vuotta, mikä toi mielestäni riittävän etäisyyden tutkijan ja tutkittavien välille (Rauhala ym. 2011, 240).

Sairaalan vastauksen vuonna 2012 saaneille henkilöille suunnatun kyselyn vastauksissa (n=93) asiakkaat toivat esiin pettymystään saamaansa hoitoon ja hoitolinjauksiin, kohteeseen, ammattilaisten toimintaan sekä muistutusprosessin toimivuuteen ja vaikuttavuuteen nykyisessä muodossaan. Palaute oli paikoitellen hyvin tunnepitoista ja suorasanaista, mutta sen tarkastelu ei herättänyt tutkijassa niin suuria eettisiä ristiriitoja kuin määrällisesti pienemmän teemahaastatteluaineiston, joka perustui intensiivisempään, kasvokkaiseen kohtaamiseen haastateltavien kanssa (Shaw 2008, 409).

Tutkimusaineiston tarkastelu systeemiteoreettisesta näkökulmasta tuo mukanaan yhteiskunnan eri osajärjestelmien toimintaan liittyvän eettisen pohdinnan. Osallisuuden ehdot yhteiskunnassamme ovat järjestelmäerikoistuneita siinä missä järjestelmien toimintakin eikä etiikan avulla voida rakentaa siltaa osajärjestelmien eriytymisestä johtuvien aukkojen ylitse. (Schirmer ym. 2013, 60; Schirmer ym. 2012, 42, 44.) Kun jokin epäsuotuisa tila, esimerkiksi ero toiveiden ja sen välillä miten asiat ovat, kuvataan sosiaalisena ongelmana, tulisi tarkastella paitsi kuvattua ongelmaa ja itse kuvausta, myös kuvauksen takana olevaa tarkkailijaa (Michailakis ym. 2014, 432). Tutkimuksellisenä mielenkiinnonkohteenani onkin ollut selvittää, miten asiakkaat kokevat tyytymättömyyden käsittelyn sairaalaorganisaation sisällä muistutusprosessin keinoin ja miten tyytymättömyyden käsittelyä olisi hyvä kehittää asiakaslähtöisempään suuntaan.

## 4 Osatutkimusten tulokset

Tässä luvussa käsittelem tiivistetysti osatutkimuksien tuloksia. Esitän tutkimustulokset luvun 6 meta-analyysiä ennakoivassa järjestyksessä, en kronologisesti osatutkimusten julkaisuajankohdan mukaan.

### 4.1 Tarve asiakkaan kokonaistilanteen jatkuvalle arvioinnille

Ensimmäisessä osatutkimuksessa (Palomäki 2018b) selvitin, minkälaisia kuntoutusta tukevia prosesseja asiakkaiden sektorirajat ylittäviin palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää. Aineistona oli erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikan kymmenen entisen asiakkaan teemahaastattelut. Tilanteissa, joissa asiakkaiden palvelutarpeet edellyttävät useamman kuin yhden osajärjestelmän palveluita, palveluita tarjoavien organisaatioiden rajoille muodostuu yhteisten toimintojen alue (Kiuru & Metteri 2014a). Koska useimmat organisaatiot toimivat osajärjestelmien sisällä, yhteisten toimintojen alue on myös osajärjestelmien kohtaamispaikka. Osajärjestelmien välillä voi olla toiminnallista kytkentää eli operaatioiden siirtymisiä ja yhteistä asioiden hoitamista ainoastaan organisaatioiden avulla. (Brunczel 2010.) Kuntoutusta tukevilla prosesseilla tarkoitan organisaatioiden rajat ylittäviä prosesseja, jotka luovat edellytyksiä asiakkaiden yksilöllisten kuntoutusprosessien toteuttamiselle. Organisaatioiden yhteistoimintaa edellyttävät palvelutarpeet löytyivät aineistosta pääsääntöisesti asiakkaiden kriittisinä palvelukokemuksina. Yhteisten toimintojen alueelle paikantui neljä kuntoutusta tukevaa prosessia: kokonaistilanteen arviointi, tiedonkulku, palveluohjaus ja toimeentulon turvaaminen, joiden tulisi kulkea mukana koko asiakkaan kuntoutustarpeen ajan. Kyse ei ole kertaluonteisesta yhteisten tehtävien hoitamisesta, vaan asiakkaan kuntoutusprosessin mahdollistavista, jatkuvista toiminnoista.

Havainnollistan kuntoutusta tukevien prosessien merkitystä asiakkaalle kuvion 1 avulla. Tuon myös esille, mitä kuntoutusta tukevien prosessien toteutumattomuudesta voi seurata asiakkaan elämään.

<b>KOKONAIS- TILANTEEN ARVIOINTI</b>	<p><b>Toiveet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Asiakkaan elämäntilanteen, olosuhteiden ja tarpeiden huomioiminen</li> <li>– Kuntoutustutkimus ja -suunnitelma perustuvat ammattilaisten yhteiseen arviointiin</li> <li>– Asiakkaalle merkityksellisiä sidosryhmiä ja aiemmin hoitanutta tahoa kuunnellaan tarkkaan</li> </ul> <p><b>Seuraukset, jos kokonaistilanteen arviointi ei toteudu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Asiakas kokee, että häntä ei kuunnella/oteta vakavasti ja yksittäiselle kohtaamiselle annetaan liian suuri painoarvo, mikä vääristää lopputulosta</li> <li>– Asiakas ei hahmota kokonaisuutta</li> </ul>
<b>TIEDONKULKU</b>	<p><b>Toiveet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Asiakas tietää, miksi lähete poliklinikalle on tehty ja pääpiirteissään mitä poliklinikalla tapahtuu</li> <li>– Toisen ammattilaisen aikaisemmin kirjaamiin asiakastietoihin ja keskusteluihin palataan seuraavan tapaamisen yhteydessä</li> <li>– Toisen ammattilaisen ja organisaation kanssa sovitut hoidon ohjeistukset siirtyvät jatkohoidosta vastaavalle taholle</li> </ul> <p><b>Seuraukset, jos tiedonkulku ei toteudu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Asiakas ei tiedä, miksi lähete on tehty tai minne hän tulossa</li> <li>– Asiakas kokee epäluottamusta työntekijää kohtaan ja tulkitsee työntekijän kohtelevan häntä epäkunnioittavasti</li> <li>– Asiakas kokee olonsa turvattomaksi (hoito ei ole kenenkään vastuulla)</li> </ul>
<b>PALVELU- OHJAUS</b>	<p><b>Toiveet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Asiakas ohjataan hoitoon ja tarvittaessa konkreettisesti saatetaan organisaatiosta toiseen</li> <li>– Työntekijä työskentelee tarvittaessa myös asiakkaan kotona</li> <li>– Sosiaalivakuutusasioiden hoitaminen tapahtuu yhdessä työntekijän kanssa joko puhelimitse tai kasvotusten</li> <li>– Työntekijä pitää huolta asiakkaasta ja hänen asioidensa hoitamisesta</li> </ul> <p><b>Seuraukset, jos palveluohjaus ei toteudu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Jatkohoito ei toteudu</li> <li>– Etuuksien ja palveluiden hakeminen viivästyy, mistä seuraa taloudellisia vaikeuksia</li> <li>– Asiakas kokee olonsa turvattomaksi</li> </ul>
<b>TOIMEEN- TULON TURVAA- MINEN</b>	<p><b>Toiveet:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Etuusasioista tiedotetaan ja niiden hakemisessa opastetaan</li> <li>– Lääkärintlausunnot tehdään ajoissa</li> <li>– Tiedonkulku toimii sosiaalivakuutuksesta vastaavien tahojen välillä</li> <li>– Sosiaalivakuutuksesta vastaava taho on tiedossa ja korvausvelvollinen</li> </ul> <p><b>Seuraukset, jos toimeentulon turvaaminen ei toteudu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Asiakkaan perustarpeet jäävät toteutumatta, kun etuuspäätökset viivästyvät tai niiden maksaminen evätään</li> <li>– Asiakas kokee, että sairaus/työkyvyttömyys mitätöidään, kun etuutta ei makseta</li> <li>– Asiakas joutuu taistelemaan toimeentulosta ja ajautuu valituskierteeseen</li> <li>– Asiakkaan psyykinen jaksaminen heikkenee ja hän jää kotiin</li> </ul>

Kuvio 1. Kuntoutusta tukevat prosessit ja prosessien toteutumattomuuden seuraukset

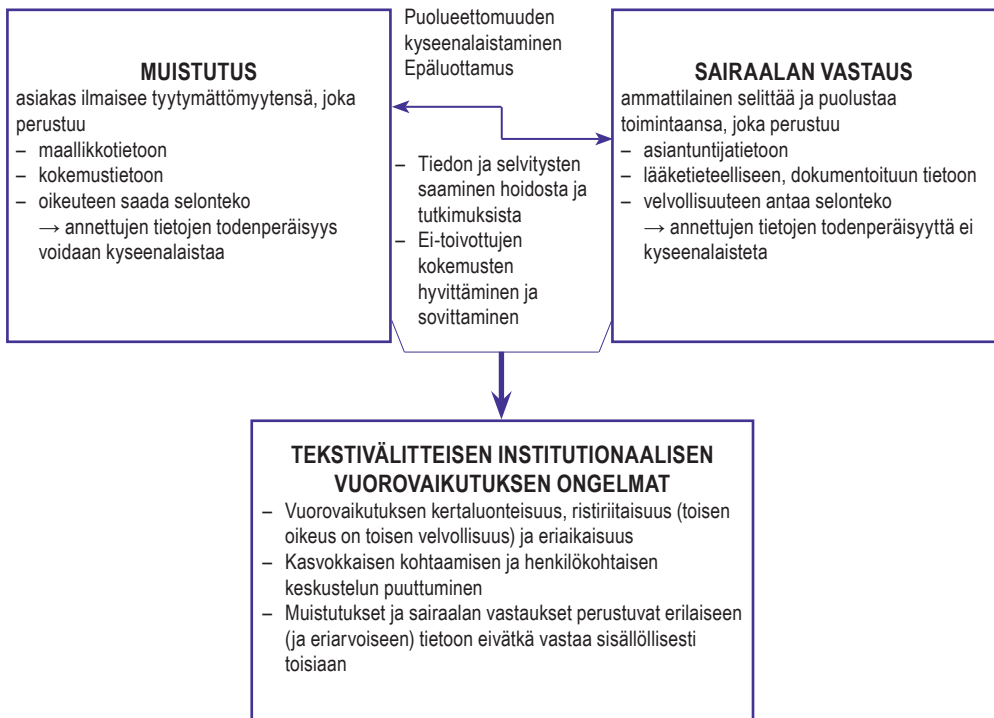
Vaikka kuntoutusta tukevat prosessit on yksilöity ja eroteltu toisistaan, ne linkittyvät toisiinsa monin eri tavoin. Esimerkiksi tiedonkulku edellyttää kokonaistilanteen arviointia ja kokonaistilanteen arviointi tiedonkulkua. Myös seuraukset kuntoutusta tukevien prosessien toimimattomuudesta ovat yhteneväisiä: epäluottamus työntekijää ja organisaatiota kohtaan, tiedon puute, etuuksien-, hoidon- ja palveluiden saamisen viivästyminen tai estyminen, taloudelliset vaikeudet, turvattomuuden tunteet ja psyykkisen voinnin heikentyminen. Aineistosta on myös nähtävissä toteutuneiden kuntoutusta tukevien prosessien mukanaan tuomat hyödyt asiakkaan elämään. Esimerkiksi palveluohjausta saaneet asiakkaat kokivat päässeensä elämässään eteenpäin ja sosiaalivakuutusasioiden hoituneen sosiaalityöntekijän tarjoaman avun turvin. Yhteistä oli se, että asiakkaat kertoivat kokemastaan turvallisuudesta ja huolenpidosta tilanteissa, jossa omat voimavarat asioiden hoitamiseen olivat puutteellisia.

## 4.2 Muistutusprosessi tyytymättömyyttä vahvistavana kehänä

Toisessa osatutkimuksessa (Palomäki & Vanhala 2016a) selvitimme, mitä merkitystä muistutuksen tekemisellä on asiakkaalle ja terveydenhuollolle ja mitä vaikutuksia sillä on asiakassuhteelle. Käytännössä tarkastelimme muistutusprosessia institutionaalisen vuorovaikutuksen prosessina vertailemalla keskenään asiakkaiden muistutuksia ja sairaalan antamia vastauksia sekä kartoittamalla muistutukseen vastanneiden kokemuksia muistutusprosessin kulusta ja vaikuttavuudesta kyselytutkimuksen avulla.

Muistutusasiakirja-aineiston perusteella potilaiden ja läheisten tyytymättömyys kohdistui eniten hoitoon ja menettelytapaan (n=190), kohteluun tai käytökseen (n=116) ja tiedonsaantiin (n=62). Hoito ja menettelytapa olivat usein eräänlaisena yläkäsitteenä, joka muodostui monista sisällöistä. Hoito- ja menettelytapa esiintyi yhdessä käytöksen ja kohtelun kanssa 103 muistutuksessa ja tiedonsaannin kanssa 48 muistutuksessa. Edellä mainitut kolme eli hoito ja menettelytapa, käytös ja kohtelu sekä tiedonsaanti esiintyivät yhdessä 30 muistutuksessa.

Muistutusprosessin voidaan ajatella olevan rajanvetoa sille, mikä on terveydenhuollon palveluissa hyväksyttävää ja mikä ei (ks. myös Jayyusi 1991; Raitakari & Juhila 2011). Kirjallisen muistutusprosessin jännitteisyys tulee selkeästi esille muistutusasiakirjojen ja sairaalan antamien vastausten sisällöllisiä eroja tarkasteltaessa, kuten kuviosta 2 käy ilmi.



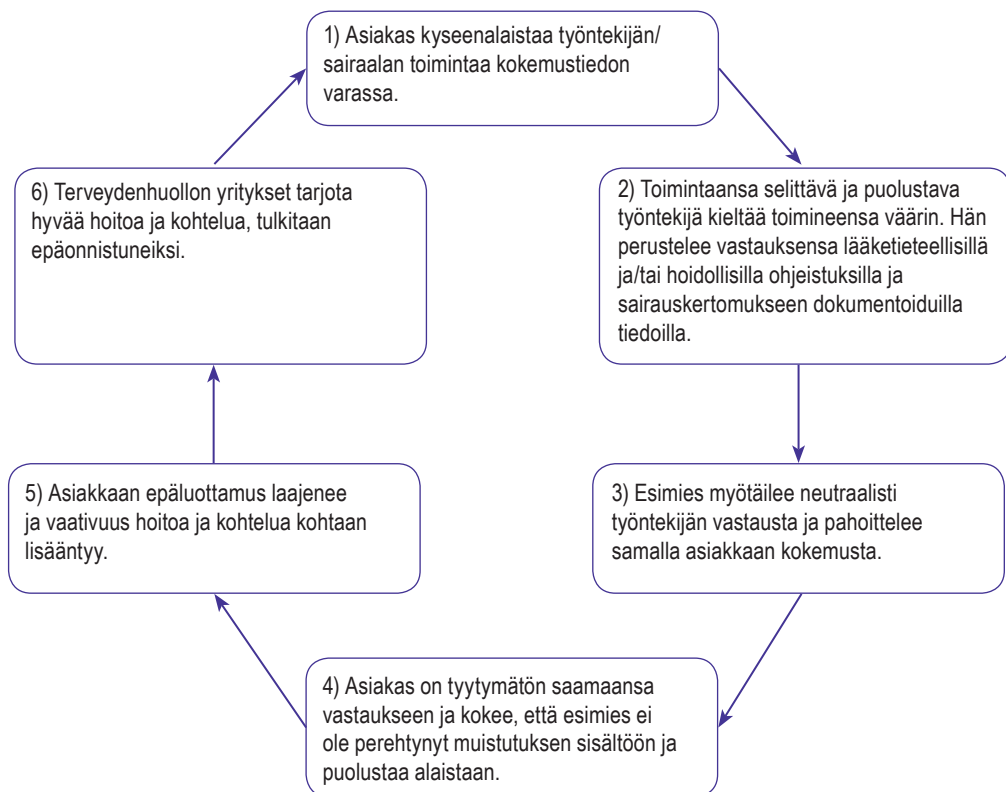
Kuvio 2. Tekstivälitteisen institutionaalisen vuorovaikutuksen ongelmat tyytymättömyyden käsittelyssä

Muistutuksen tekijä voi kyseenalaistaa asiantuntijatiedon, mutta pystyy harvoin haastamaan tai kumoamaan sitä (Vanhala & Palomäki 2015, 210). Vuorovaikutus muistutusprosessissa on kaksisuuntaista, mutta molempiin suuntiin kertaluonteista ja sisällöllisesti hyvin erilaisten tietojen vaihtamista. Muistutuksissa korostui kokemustieto ja vastauksissa hoito- ja lääketieteellinen ja muu sairauskertomukseen dokumentoitu tieto. (Palomäki & Vanhala 2016a.) Muistutuksen tekijä tuo esiin pettymistään hoitoon ja/tai kohteluun ja vastaaja pyrkii puolustautumaan ja selittämään toimintaansa.

Kaikkein suurin ristiriita muistutusten ja vastausten sisällöissä ilmenee tilanteissa, joissa muistutus kohdistuu työntekijän käyttäytymiseen ja asiakkaan kohteluun. Muistutusasiakirjoissa kuvattiin tarkasti, miten jokin tapahtuma eteni ja minkälaisia fyysisiä ja/tai psyykkisiä tuntemuksia se asiakkaassa herätti. Työntekijän sairauskertomukseen kirjaamat tiedot eivät kuitenkaan sisällä asiakkaan kuvaamia asioita, sillä tapahtumien kulku kirjataan sairauden hoidon näkökulmasta. Tästä syystä on vaikeaa löytää todisteita tietystä käyttäytymisestä tai hyvän hoidon kriteereiden laiminlyönnistä, mikäli laiminlyönti tai huolimattomuus ei ollut ilmeinen, kuten väärän lääkityksen antaminen tai luvatus osastojakson toteutumattomuus.

Muistutusasiakirjojen, sairaalan vastausten ja kyselyaineiston synteisiin myötä keskeisimmiksi muistutusprosessin merkityksiksi tiivistyivät asiakkaan näkökulmasta tiedon ja selvitysten saaminen hoidosta ja tutkimuksista sekä tunnetasolla ei-toivottujen tapahtumien kulun hyvittäminen ja asioiden sovittaminen.

Seuraavan kuvion (kuvio 3) avulla havainnollistan, miten muistutusprosessi valtaosassa tapauksista eteni asiakasnäkökulmasta tarkastellen. Prosessin kuvaaminen vaihe vaiheelta tekee näkyväksi, miten asiakkaan tyytymättömyyden ilmaisuun pääsääntöisesti reagoidaan ammattilaisten ja esimiesten taholta, ja miten muistutusprosessin läpikäyminen vaikuttaa jatkossa asiakkaan suhtautumiseen ammattilaisia, sairaalaa ja jopa koko terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan.



Kuvio 3. Muistutusprosessi tyytymättömyyttä vahvistavana kehänä

Suurimmassa osassa vastauksia muistutuksessa esitettyyn epäilyyn tai syytökseen suhtaututtiin kyseenalaistavasti, epäily osoitettiin paikkansapitämättömäksi, sairaalan tai henkilökunnan menettely oikeaksi tai hyväksytyn käytännön ja oikeaoppisen hoidon mukai-

seksi. Tavanomaisin tapa vastata muistutukseen oli kyseenalaistaa muistutuksen sisältö esittämällä lääketieteelliset perusteet ja dokumentoidut tapahtumat ja samalla pahoitella asiakkaalle tai omaiselle toiminnasta välittynyttä ikävää kokemusta. Tilanteen pahoittelu on asiakkaalle merkityksellinen, mutta se ei yksin riitä, jos muistutuksen sisältöä ei tunnusteta/myönnetä. Usein tyytymättömyyttä herätti esimiehen vastauksen neutraalisuus ja kantaa ottamattomuus. Useimmat muistutuksen tekijät kokivat, että esimies puolusti alaistaan, käytti vakiofraasi-vastausta ”suoraan pöytälaatikosta” eikä vastauksessa oltu huomioitu muistutuksessa esitettyjä asiakkaan kokemuksia. Valtaosa kyselytutkimukseen vastanneista (58 %) koki, että sairaalan vastaus ei vastannut heidän odotuksiaan ja muistutusprosessin läpikäyminen vaikutti negatiivisesti (66 % vastaajista) heidän suhtautumiseensa sairaalaa/henkilökuntaa kohtaan. Osa vastaajista toi esiin, että vaatimukset asiallisesta kohtelusta ja henkilökunnan vuorovaikutustaidoista lisääntyivät entisestään tyytymättömyyden kokemuksen ja potilasmuistutuksen laatimisen myötä. Varsin usein tyytymättömyydellä oli taipumusta lisääntyä ja laajentua koskemaan muutakin kuin vain pettymyksen aiheuttanutta tilannetta jopa yleismaailmalliseen tyytymättömyyteen saakka. Asiakas saattoi kokea tyytymättömyyttä koko terveydenhuoltoon kohtaan sekä pelkoa itsen tai läheisten sairaalaan joutumisesta tulevaisuudessa. Asiakkaan kokemuksiin muistutusprosessista vaikuttaa luonnollisesti paitsi muistutukseen johtaneen tilanteen vakavuus, kontekstuaaliset tekijät ja itse sairaus, myös vastauksen saamiseen kulunut aika. Kuten eräs kyselyyn vastaajista totesi: ”Puolen vuoden odotus antoi vahvan viestin sairaalan piittaamattomuudesta”<sup>1</sup>.

### 4.3 Muistutus ei palauta menetettyä luottamusta

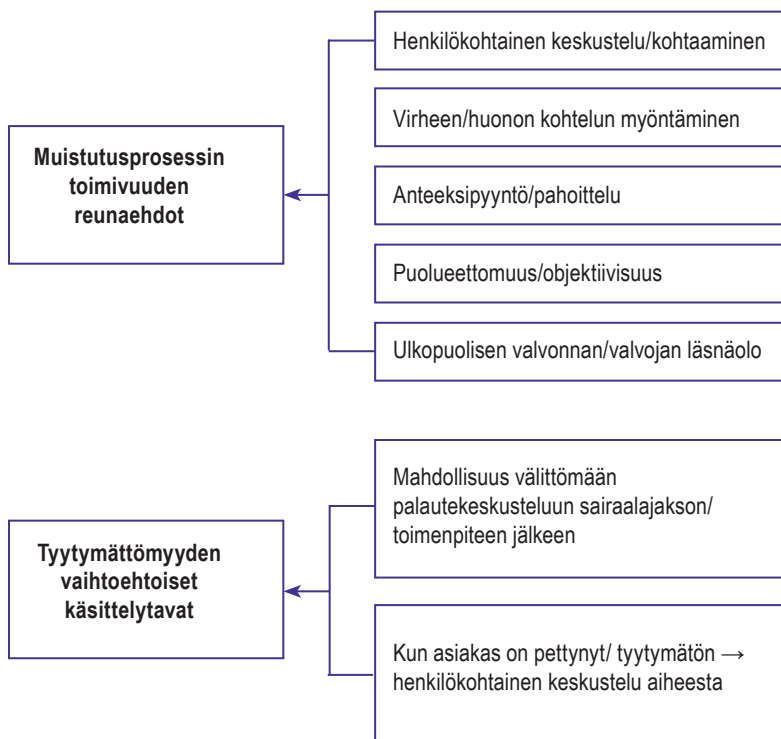
Kolmannessa osatutkimuksessa (Palomäki & Vanhala 2016b) tarkastelimme, mitä merkitystä muistutuksen tekemisellä on asiakkaalle eli miten asiakkaat arvioivat muistutusprosessin toimivuutta ja mitä vaikutuksia muistutuksen tekemisellä on asiakassuhteelle. Osatutkimusten (II ja III) keskeisin ero on teoreettisessa lähestymistavassa sekä siinä, miten aineistot painottuvat osatutkimuksissa. Osatutkimuksessa III keskityimme kyselytutkimusaineiston (n=93) ja muistutusprosessin tarkasteluun selkeämmin asiakasnäkökulmasta.

Kyselytutkimuksessa käyttäytymiseen ja kohteluun liittyvät epäkohdat saivat suuren painoarvon muistutuksen tekemiseen johtaneena syynä kuin muistutusasiakirja-aineistossa (Vanhala & Palomäki 2015). On mahdollista, että käytökseen ja kohteluun tyytymättömät henkilöt vastasivat muita aktiivisemmin kyselyyn. Kyselytutkimuksen perusteella keskeisimpiä ongelmakohtia olivat asiakasta kuuntelevan ja arvostavan vuorovaikutuksen puutteet. Muistutusprosessi ei mahdollistanut asiakkaiden toivomaa (3 % vastaajista) avointa keskustelua tyytymättömyyttä synnyttäneestä tilanteesta, ja siihen liit-

<sup>1</sup> Sairaalassa, jossa tutkimusaineisto on kerätty, keskimääräinen muistutukseen vastaamisaika oli 30 vrk.

tyen kuulluksi tulemista. Muistutuksella ja siihen annetulla vastauksella pystyttiin harvoin korjaamaan asiakkaan kokemaa luottamuksen menetystä hoitavaa tahoja kohtaan. Samankaltaiseen havaintoon on päädytty myös muissa potilasmuistutuksia ja -valituksia käsittelevissä tutkimuksissa (ks. esim. Friele & Sluijs 2006; Friele ym. 2008). Vaikka luottamuksen menetys ei näytä olevan korjattavissa muistutusmenettelyn avulla, myönteistä organisaation näkökulmasta on se, että tyytymättömyys rajoittui usein yksittäiseen työntekijään tai yksikköön.

Seuraava kuvioon olen koonnut asiakkaiden näkemyksiä muistutusprosessin toimivuuden reunaehdoista ja tyytymättömyyden vaihtoehtoisista käsittelytavoista.



Kuvio 4. Muistutusprosessin toimivuuden reunaehdot ja tyytymättömyyden vaihtoehtoiset käsittelytavat

Asiakkaan suhtautuminen muuttui muistutusprosessin myötä usein aiempaa negatiivisemmaksi sairaalaa kohtaan (66 % vastaajista). Yli puolet vastaajista (61 %) ei pitänyt muistutusta toimivana käytäntönä eikä sairaalan antama vastaus vastannut heidän odotuksiaan (58 %). Vaikka potilaan hoito ja siihen kohdistuva tyytymättömyys pyritään pitämään erillään toisistaan, silti lähes joka neljäs vastaajista raportoi muistutuksen vaikuttaneen



myöhemmin heidän saamaansa hoitoon tai kohteluun. Joka kahdeksas vastaajista raportoi muistutuksen vaikutuksen olleen kielteinen ja samoin joka kahdeksas raportoi myönteisestä vaikutuksesta. Vaikka kielteisten vaikutusten osuus ei ole suuri, se on merkittävä vaarantaessaan potilaan oikeutta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Lähes joka neljäs vastaajista toi esiin epäluottamustaan sairaalan antamien vastausten puolueettomuuteen ja objektiivisuuteen ja joka yhdeksäs esitti toiveensa ulkopuolisen valvonnan tarpeesta. Mikäli muistutusprosessilla halutaan korjata luottamusta sairaalan toimintaan, sen tulisi vakuuttaa muistutuksen tekijä käsittelyn puolueettomuudesta ja ylläpitää keskusteluyhteyttä asiakkaan kanssa myös prosessin aikana.

Muistutusprosessin jälkeen hoitosuhde ei useinkaan jatkunut saman työntekijän vastaanotolla (mikä oli usein myös asiakkaan oma toivomus) tai hoito päättyi kokonaan. Joillakin kyselyyn vastanneista oli lisäksi kokemus siitä, että työntekijä vältteli kohtaamista ja yhteydenpitoa muistutusprosessin jälkeen. Yksi kyselyyn vastanneista raportoi hoidon saannin vaikeutuneen, sillä hänen piti luvata, että ei enää valita saamastaan kohtelusta. Muistutukseen vastaajien reaktiot eivät sinällään ole yllättäviä tai poikkeuksellisia, sillä reilu kolmannes muistutuksen kohteeksi johtuneista työntekijöistä kokee muistutuksen ammatillisena tappiona hoito- ja lääketieteen esimiesten arvion mukaan. (Ks. Mäkelä 2015.)

Halusin myös selvittää, mitä asiakkaat toivovat hoidolta, kohtelulta ja muistutusprosessilta. Kyselytutkimusaineistosta löysin asiakkaiden toiveita hoitoon, kohteluun, työntekijän toimintaan, muistutusprosessin kulkuun, sisältöön ja vaikutuksiin liittyen, jotka olen koonnut kuvioon 5.

<b>HOITO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Yksimielisyys hoitoon pääsystä, hoidon aloittamisesta, sisällöstä ja lopettamisesta</li> <li>– Hoitotoimenpiteet suoritetaan huolellisesti ja virheettömästi</li> </ul>
<b>KOHTELU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Asiakasta kuunnellaan ja uskotaan</li> <li>– Asiakkaalle osoitetaan myötätuntoa ja välittämistä</li> <li>– Asiakasta arvostetaan ja kunnioitetaan</li> </ul>
<b>TYÖNTEKIJÄN TOIMINTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Työntekijä on ammattitaitoinen ja osaava</li> <li>– Työntekijä osaa perustella suositellut/suunnitellut tutkimukset ja hoidot</li> <li>– Työntekijän kielenkäyttö on ymmärrettävää</li> </ul>
<b>MUISTUTUSPROSESSIN KULKU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Henkilökohtainen keskustelu joko kasvotusten tai puhelimitse</li> <li>– Organisaation edustajat perehtyvät hyvin muistutuksen sisältöön</li> <li>– Muistutusten käsittely on puolueetonta ja objektiivista</li> <li>– Vastaukset ovat sisällöllisesti ymmärrettäviä</li> <li>– Sairaalan ulkopuolinen taho tai henkilö on läsnä muistutusprosessissa</li> </ul>
<b>MUISTUTUSPROSESSIN SISÄLTÖ JA VAIKUTUKSET</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Asiakas saa tietoa ja selvitystä tapahtumista, omasta sairaudesta ja tutkimuksista</li> <li>– Ammatilainen ja/tai organisaatio: myöntää virheen/ huonon kohtelun ja pyytää anteeksi tai pahoittelee tapahtunutta</li> <li>– Asiaa käsitellään sairaalan työyhteisössä, toimintakäytäntöjä muutetaan ja kehitetään</li> <li>– Muistutuksen tekeminen edistää parempaa hoidon ja kohtelun tasoa</li> </ul>

Kuvio 5. Asiakkaan toiveet hoitoa, kohtelua, työntekijän toimintaa ja muistutusprosessia kohtaan

Reilu kolmannes vastaajista piti keskustelua hoitavan tahon kanssa joko kasvotusten tai puhelimitse kirjallista muistutusmenettelyä korvaavana ja parempana muotona. Vaihtoehtona nostettiin esiin myös välittömän palautteen antaminen kaikkien sairaalakäyntien yhteydessä. Esimerkiksi sairaalakäynnin päätyttyä käydään keskustelu, jossa tiedustellaan asiakkaan näkemyksiä hoidosta ja samalla tarjotaan mahdollisuus saada vastauksia epäselväksi jääneisiin asioihin. Vastaajat kuitenkin epäilivät, että välittömälle käsittelylle ja palautteen antamiselle esteiksi tulevat todennäköisesti henkilökunnan kiire ja vähäiset resurssit. Muistutuksen tehneet olivat valmiimpia käymään keskustelua enemmän ja laajemmin kuin muistutuksiin vastanneilla näytti olevan aikaa ja halua. Tähän viittaa myös se, että ainoastaan kolme tapausta aineiston 229 muistutuksesta hoidettiin muulla tavoin kuin kirjallisena muistutusvastauksena.

#### 4.4 Kuntouttava sosiaalityö vastaa prosessiohjauksen tarpeeseen

Neljännessä osatutkimuksessa (Palomäki 2018a) tarkastelin asiakkaiden näkemyksiä siitä, mitkä ovat sosiaalityöntekijän työtehtävät erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikalla<sup>2</sup> ja mitä toimijakategorioita nämä työtehtävät määrittävät sosiaalityöntekijälle. Haastateltavat nimesivät kuusi sosiaalityöntekijän työtehtävää: toimeentulo ja asuminen, yhteydenpito verkostoihin, koulutusmahdollisuuksien ja työhön paluun suunnittelu, kuntoutusprosessin ohjaaminen, elämäntilanteen selvittäminen sekä huolenpito ja tukeminen. Työtehtäväkuvausten ja sosiaalityöntekijään henkilönä liitettyjen kuvausten analysoinnin pohjalta jäsenin kuusi toimijakategoriaa: sosiaaliturvan opastaja, verkostotoimija, ammatillisen kuntoutuksen suunnittelija, prosessiohjaaja, rinnalla kulkija ja tukihenkilö. Lopuksi yhdistin toimijakategoriat tutkimuskirjallisuutta reflektoiden kolmeksi sosiaalityöntekijän roolikategoriaksi, jotka olivat asianajaja, kuntoutuksen palveluohjaaja ja psykososiaalisen tuen antaja. Hyvän kohtaamisen merkitys korostui psykososiaalisen tuen antajan roolikategoriassa eli silloin, kun asiakas on sairautensa vuoksi erityisen haavoittuvainen (ks. myös Metteri 2012).

Sosiaalityöntekijän toimija- ja roolikategorioiden voidaan tulkita olevan seurausta paitsi asiakkaiden tarpeista myös sosiaalityöntekijään kohdistetuista rooliodotuksiksi. Rooliodotukset voidaan jäsenkategorisoinnin käsitteistöä hyödyntäen nimetä myös kategoriasidonnaisiksi velvollisuuksiksi (Juhila 2012, 158). Terveystuolissa sosiaalityöntekijä ei toimi viranomaisen roolissa eikä tee valituskelpoisia päätöksiä, jolloin hänet on helpompi nähdä tasa-arvoisena kumppanina. Eri toimintaympäristöissä sosiaalityöntekijöihin kohdistuvat rooliodotukset voivat olla hyvin erilaisia ja ajoittain jopa vastakkaisia kuin sairaalamaailmassa. Kuntoutustutkimuspoliklinikan sosiaalityöntekijään kohdistetut rooliodotukset eivät ole sellaisenaan siirrettävissä kontekstista toiseen edes sairaalan sisällä. Tällä

2 Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimus on paitsi työkyvyn arviointiin ja kuntoutustarpeen selvittelyyn perustuva tutkimusjakso, myös yksi lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista (Terveystuolilaki 2010/1326, 29 §).

tarkoitin sitä, että erikoissairaanhoidon toimenkuvat ja professiot ovat pitkälle eriytyneet ja saman alan ammattilaisten työtehtävät voivat vaihdella melkoisesti sairaalaorganisaation eri yksiköissä, kuten jo alaluvussa 2.4 toin esiin.

Erikoissairaanhoidon kriteerit täyttävillä asiakkailla on lähes poikkeuksetta vaativia palveluohjauksen-, sosiaalityöllisen asianajon ja psykososiaalisen tuen tarpeita ja niihin linkittyviä toiveita. Vaikka prosessiohjaus on sijoitettu kuntoutuksen palveluohjaajan rooliin kuuluvaksi, tietynlainen prosessinomaisuus ja prosessiohjauksen tarve on nähtävissä myös muiden työtehtävien ja roolien eräänlaisena ”perusvireenä”. Kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaat näkivät kuntoutusprosessin ohjaamisen kuuluvan poliklinikan sosiaalityöntekijän toimenkuvaan, vaikka sosiaalityöntekijät eivät olleet siitä itse tietoisia (Palomäki ym. 2009; Palomäki 2012, 15)<sup>3</sup>. Tulkitsen prosessien ohjaamisen olevan kiinteä osa sosiaalityön yleistä, kontekstista riippumatonta toimintakäytäntöä ja ideologiaa (Palomäki ym. 2009). Tällä tarkoitan sitä, että sosiaalityöntekijä ensin tiedottaa asiakasta, sitten opastaa ja lopuksi toimii yhdessä asiakkaan kanssa. Sosiaalityöntekijä myös arvioi, milloin asiakkaan omat voimavarat eivät riitä omien asioiden itsenäiseen hoitamiseen ja hän tarvitsee oikeuksiensa puolustajaa. Niiden asiakkaiden määrä, jotka eivät selviä ilman huolenpitoa ja työntekijän toimimista heidän puolestaan, on lisääntynyt (Juhila 2006, 151; ks. myös Haukka-Wacklin 2016; Kauppinen-Perttula 2017).

Edellä olen kuvannut osatutkimusten tuloksia artikkeleiden tutkimuskysymysten mukaisesti. Seuraavaksi siirryn luvussa 5 tarkastelemaan Niklas Luhmannin systeemiteoreettista ajattelua, painottuen sosiaalisten järjestelmien teoriaan. Luvussa 6 tarkastelen osatutkimusten tuloksia systeemiteorian valossa ja vastaan koko tutkimukselle asettamiini tutkimuskysymyksiin.

---

3 Sosiaalityöntekijöiltä ja lääkäreiltä tiedusteltiin strukturoidun lomakekyselyn avulla sosiaalityön tuomasta lisäarvosta työkyvynarviointiprosessissa. Kysely liittyi Työkyvynarvioinnin ja kuntoutustarveselvityksen koordinaatio – linkkinä sosiaalityö -hankkeeseen. Sosiaalityöntekijät eivät itse pitäneet kuntoutusprosessin koordinointi- ja seurantatehtävää keskeisenä sosiaalityön lisäarvoa tuottavana tekijänä, toisin kuin esimerkiksi lääkärit. (Palomäki ym. 2009, 12.)

## 5 Luhmannin systeemiteoria teoreettisena lähestymistapana

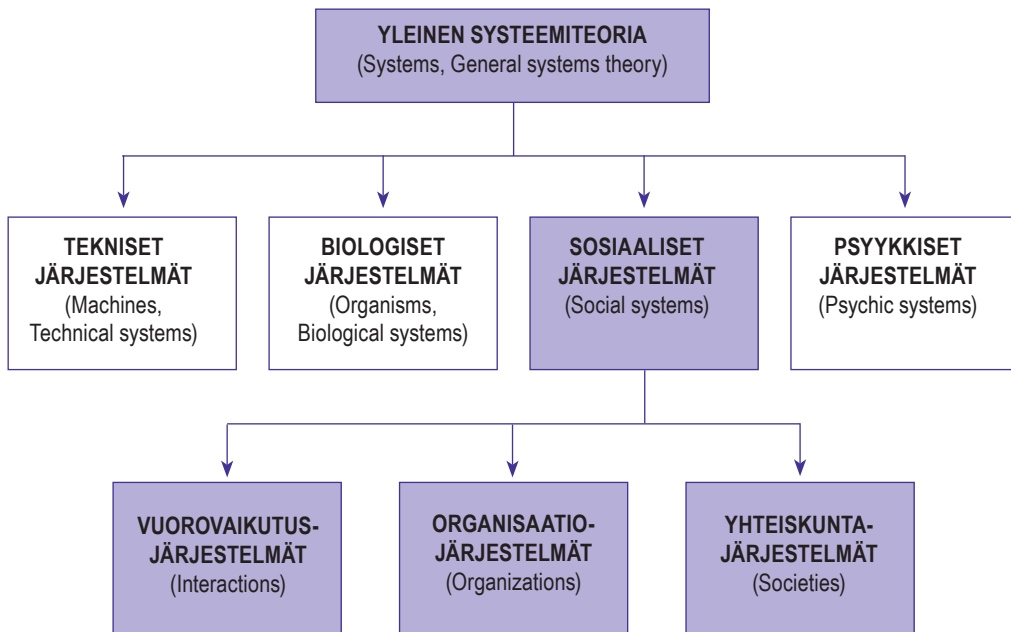
### 5.1 Sosiaaliset järjestelmät ja niiden yhteistoiminta

Systeemiteoriaa voidaan jäsentää ja luokitella eri tavoin. Muun muassa Karen Healy (2014, 115) kategorisoi systeemiteoriat kolmeen vaiheeseen tai ”aaltoon”: yleiseen, ekologiseen ja kompleksiseen systeemiteoriaan. Suomalaisista tutkijoista Pirjo Ståhle (2004) jäsentää systeemiteoriat kolmeen paradigmaan: kybernetiikkaan, yleiseen systeemiteoriaan (General Systems Theory) ja kaaos- ja kompleksisuustutkimukseen<sup>1</sup>. Luhmann (1995, 5–11) jaottelee järjestelmien teorian tradition kolmeen ajanjaksoon: ensimmäisessä jaksossa ohjaavana paradigmana oli osa/kokonaisuus erottelu, toisessa järjestelmä/ympäristö erilaistuminen ja kolmannessa itseensä viittaavien järjestelmien teoria (the theory of self-referential systems), johon Luhmann itse nojautui omissa tulkinnoissaan. Luhmannin mainitsema toinen paradigma viittaa yleisen systeemiteorian perustajaan Ludwig von Bertalanffyyin, johon Luhmannin systeemisen ajattelun juuret voidaan paikantaa. (Ks. esim. Schirmer & Michailakis 2013; Brunczel 2010.)

Yleisen systeemiteorian sisällä järjestelmät voidaan jaotella teknisiin, biologisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin järjestelmiin, joista tutkimuksessani keskityn viimeksi mainittuun eli sosiaalisiin järjestelmiin ja niiden yhteistoimintaan (Luhmann 1995; Brunczel 2010, 25–26).

---

<sup>1</sup> Luhmannin ”itseensä viittaavat systeemit” voidaan nähdä myös neljäntenä paradigmana (Kivelä 2010, 59; Mertala 2011, 48–49; Kilpeläinen 2016, 29).



Kuvio 6. Järjestelmätasot ja -tyypit Luhmannin mukaan (mukaillen lähteitä Luhmann 1995, 2; Brunczel 2010, 27)

Pelkistetyksi ilmaisten sosiaalisella järjestelmällä tarkoitetaan viestintää ja sen määrittämistä toiminnoiksi. Kuvion 6 mukaisesti sosiaaliset järjestelmät voidaan jakaa yhteiskunta-, organisaatio- ja vuorovaikutusjärjestelmiin (Luhmann 1982, 71; Brunczel 2010, 26). Luhmann (1982, 88) arvioi kolmen erityyppisen sosiaalisen järjestelmän, järjestelmätyyppien evoluution ja koordinoitujen ympäristönäkökulmien varaan rakentuvan yhteiskunnallisen todellisuuden monimutkaiseksi ja ”ei helposti kuvattavaksi”. Seuraavaksi tavoitteenani on, kuvaamiseen liittyvät haasteet tiedostaen, tehdä näkyväksi Luhmannin kuvaamaa yhteiskunnallista todellisuutta ja sen eri kehitysvaiheita kolmen sosiaalisen järjestelmän avulla, jotka voivat esiintyä samanaikaisesti niin Luhmannin ajattelussa kuin omassa tutkimusasetelmassani.

Luhmannia (1995) lainaten on vain yksi yhteiskunnallinen järjestelmä; koko maailman kattava yhteiskunta. Yhteiskunta järjestelmänä sisältää kaikki vastavuoroiset, saatavilla olevat viestintätoimet. Luhmannin mukaan (1982, xxvii, 73) yhteiskunta sosiaalisena järjestelmänä muodostuu vain kommunikaatiosta, ei yksilöistä, ihmisistä tai sosiaalisista toiminnoista. Ainoastaan kommunikaatio voi kommunikoida, eivät ihmiset. (Kangas 1995, 238.) Luhmann (1995, xxvii) määrittää kommunikaation kolmen valinnan kokonaisuutena: informaation, välittämisen ja ymmärtämisen synteinä. Informaatiossa on kyse siitä, mitä välitetään, välittämisessä on kyse valinnasta erilaisten informaation välittämistapojen

kesken ja ymmärtämisellä tarkoitetaan välitettävän tiedon erottamista sen välittämisestä. (Jalava & Kangas 2013, 42.)

Esikuvana kommunikaation analyysissä Luhmannilla on ensinnäkin Francisco Varelan ja Humberto Maturanan biologinen autopoiesisteoria. Autopoiesi viittaa järjestelmän kykyyn luoda itsensä ympäristönsä vastaisesti eli kaikki, mitä järjestelmät käyttävät yksiköinä, tuotetaan järjestelmän itsensä toimesta. Tämä koskee elementtejä, prosesseja, rajoja ja muita rakenteita, ja viimeisenä, mutta ei vähäisimpinä, itse järjestelmän yhtenäisyyttä. Toinen vahva vaikuttaja Luhmannille on ollut Edmund Husserlin fenomenologisen tietoisuuden konstituution analyysissä käyttämät ja merkityksen prosessointiin liittyvät prentention ja protention käsitteet. Molemmat teoriat painottavat järjestelmän toiminnallista sulkeutuneisuutta. (Luhmann 1995, xx, xxiii; Jalava & Kangas 2013, 44; Jalava 2006, 78–79.)

Jokaiselle yhteiskunnan kehitysvaiheelle on ollut tyypillistä, että tietty kommunikaation väline (puhe, kirjoittaminen, painettu teksti sekä yleiset symboliset tavat kommunikoida) on ollut hallitsevassa roolissa (Luhmann 1995). Antiikin ajan yhteiskunnissa keskeisellä sijalla oli puhe ja näissä yhteiskunnissa lähes kaikki kommunikaatio perustui kasvokkaaseen vuorovaikutukseen. Kommunikaatio oli tällöin vain harvojen saavutettavissa ja hyväksyttävissä. Jakautuneissa eli segmentoituneissa yhteiskunnissa kommunikaatio aktivoitui erityisesti heimojen, klaanien ja perheiden piirissä. Kerrostuneissa eli stratifioituneissa yhteiskunnissa puheen ja interaktion rinnalle kehittyi vähitellen kirjoittaminen ja painettu teksti. Sekä segmentoituneissa että varsinkin stratifioituneissa yhteiskunnissa toiminta nojasi ajattelutapaan keskustan ja periferian välillä. Toiminnallisesti eriytyneiden osajärjestelmien ekspansio ajoittuu Luhmannin mukaan 1700 -luvun jälkipuoliskolle. Toiminnallinen eriytyminen tarjoaa yhteiskuntajärjestelmän, jossa on segmentoituihin ja kerrostuneisiin yhteiskuntiin verrattuna suurin määrä elementtejä ja siksi, suurin selektiivisyys. (Luhmann 1982, 247.)

Modernissa yhteiskunnassa kommunikaation sisältöön ja välittämiseen sekä ymmärtämiseen vaikuttavat useat eri osajärjestelmät. Jokaisella osajärjestelmällä on oma eronteon mahdollistava kaksintamissääntönsä (kommunikatiivinen binäärikoodi), kommunikaation välittäjänsä (mediumi) ja ohjelmansa (Luhmann 2004a; Linna 2016). Osajärjestelmät jakavat binäärikoodien avulla maailman kahtia: niillä on positiivinen ja negatiivinen puolensa. Kaksintamissäännöt ilmaisevat vastakohta-asetelmia, jotka auttavat osajärjestelmiä havaitsemaan, kuuluuko jokin kommunikaatiotoiminta osajärjestelmälle vai ei (Luhmann 2004a, 86; Brunczel 2010). Koodauksen tasolla järjestelmästä muodostuu siis suljettu järjestelmä. Esimerkiksi terveydenhuollossa havainnointi tapahtuu diagnoosin (välittäjä) perusteella ja terve/sairas-jaottelun (kaksintamissääntö) avulla. Modernissa yhteiskunnassa eletään usean mediumin ja binäärikoodin ristitulella eikä yksikään systeemi ole etuoikeutettu vaan kaikki ovat yhtä tärkeitä yhteiskunnan toimivuuden kannalta. Jokainen osajärjestelmä on erikoistunut vain omaan tehtäväänsä eivätkä ne voi korvata toisiaan. (Luhmann 1995; Jalava & Kangas 2013, 47–49.) Ohjelmat ovat puolestaan ennalta annettuja ehtoja järjestelmän operaatioiden valinnan oikeellisuudelle esimerkiksi pätevät

oikeusnormit palvelevat ”laillinen/laiton” oikeaa käyttöä. Ohjelmia voidaan luonnehtia oikean käyttäytymisen kriteereiksi tai oikean toiminnan ehdoiksi, jotka ovat alisteisia kaksintamissäännöille. Järjestelmä voi vaihtaa ohjelmarakenteitaan menettämättä kaksintamissäännön luomaa identiteettiään eli ohjelmat tuottavat oppimiskykyä muuten jäykältä vaikuttavien järjestelmien toimintaan. Koodauksen ja ohjelmoinnin eriyttämisen avulla järjestelmät saavuttavat mahdollisuuden toimia samalla kertaa suljettuina ja avoimina järjestelminä. (Emt., 86–90; Jalava & Kangas 2013, 56.)

Toinen sosiaalisen järjestelmän tyyppi on organisaatio, joka monilla sosiaalisen elämän aloilla on sijoitettu yhteiskunnallisen järjestelmän ja yksilöllisten vuorovaikutusjärjestelmien välille (Luhmann 1982, 75). Organisaatiot yhdistävät jäsenyyden tiettyihin erityisehtoihin, jotka mahdollistavat sisäänpääsyn tai poistumisen järjestelmästä. Organisaatiot ovat syntyneet toiminnallisen eriytymisen rinnalla eli tavallaan eri osajärjestelmien kehityksen sivutuotteena. (Jalava 2013, 100.) Systeemiteoreettisessa ajattelussa organisaatiot nähdään suljettuina systeiminä; niillä on uniikki historia, omat säännöt ja päätöksentekokäytännöt (Jalava 2008, 287). Organisaatiot tekevät yhteiskunnan osajärjestelmien toiminnan näkyväksi ja jokapäiväiseen elämäämme vaikuttavaksi tosiasiaksi. Organisaatiot uusintavat itseään päätösten kautta ja niiden tärkein tehtävä onkin erilaisten päätösten tekeminen. Organisaatioiden päätökset ovat tavalla tai toisella sidoksissa niiden aiempiin päätöksiin. Lisäksi päätöksenteossa on yleensä aina tarjolla useita vaihtoehtoja, joista jokin valitaan. (Jalava 2013, 100–102; Jalava 2006.)

Jokaisella organisaatiolla on vähintään kolme sääntöä tai perusedellytystä:

1. ohjelmat, strategiat tai suunnitelmat
2. henkilökunnan koostumus ja
3. organisaation rakenne (Jalava 2013, 102).

Ohjelmat, strategiat ja suunnitelmat ohjaavat päätöksentekoa kohti päämääriä ja niiden päivittäminen sekä sisällöllinen muuttaminen on osa jokaisen organisaation perustointia (Luhmann 1982, 33–35). Organisaatioilla pitää olla selvät säännöt siitä, millaista henkilökuntaa tarvitaan. Organisaatioissa voi olla osastoja ja selvä hallinnollinen rakenne (kuka toimii kenenkin esimiehenä ja mikä on kenenkin työntekijän tarkka työnkuva), sillä rakenne mahdollistaa kommunikatiiviset kanavat, joita päätöksenteossa voidaan käyttää. (Jalava 2013, 102.)

Systeemiteoreettisesti voidaan eritellä kolme erilaista organisaatioissa tapahtuvaa interaktion muotoa: päätöksentekosidonnaiset interaktiot (deciding interactions), joissa tehdään organisaation kehitystä sääteleviä päätöksiä, päätöksentekoa valmistavat interaktiot (decision-preparatory interactions) ja päätöksenteosta irralliset interaktiot (semi-detached interactions), kuten kahvipöytäkeskustelut tai käytäväpuheet. (Seidl 2003, 10; Jalava 2013, 103.) Päätöksentekosidonnaiset interaktiot ovat sidoksissa aiempiin päätöksentekotilanteisiin. Organisaatiot muistavat vain aiemman päätöksentekotilanteen tulokset, eivät sen ympärillä ollutta laajaa tapahtumaketjua. Interaktion osapuolet eivät sen sijaan unohda kaikkea yhtä tehokkaasti vaan saattavat muistaa itse prosessista enemmän kuin päätöksen-



teon tuloksista (Seidl 2003, 8; Jalava 2013, 104) ja tähän linkittyvät näkemykseni mukaan useimmat asiakkaiden ja organisaatioiden edustajien väliset näkemyserot. Tämän vuoksi on tärkeää kiinnittää huomiota päätöksentekoa edeltäviin prosesseihin erityisesti, kun päätösten laatuun liittyvät vaatimukset ovat suurempia (Luhmann 1982, 33). Organisaatiot alistavat kaikki jäsenensä hierarkkiseen konfliktien hallintaan ja ratkaisemiseen, joiden hyväksyminen on jäsenyyteen liittyvä velvoite. Organisaatiot erottavat sisäiset ja ulkoiset konfliktit toisistaan ja organisaatioon kohdistuvat ristiriidat organisaation jäsenten välisistä ristiriidoista. Organisaatioiden tyypillinen jäsenyysvelvollisuus on se, että sisäiset konfliktit, esim. mielipide-erot jäsenten keskuudessa, ovat piilossa ulkoisesta näkökulmasta tarkasteltuna. (Luhmann 1982, 84–85.)

Vuorovaikutusjärjestelmiä ilmenee puolestaan silloin, kun paikalla olevat tuntevat toisensa. Henkilökohtainen läsnäolo on sekä valintaperiaate että vuorovaikutusjärjestelmiä ohjaava rajanmuodostusperiaate (Luhmann 1982, 71). Vuorovaikutusjärjestelmät noudattavat omaa järjestelmäainsäädäntöään eivätkä orjallisesti toteuta organisaation asettamaa ohjelmaa tai ole hallittavissa organisaatorakenteella. (Emt., 79; Michailakis & Schirmer 2017, 51.) Voidaan jopa sanoa, että vuorovaikutusjärjestelmien tasolla organisaatiosuunnitelmia ja -direktiivejä vältetään, vääristetään ja määritellään uudelleen (Luhmann 1982, 79). Vuorovaikutusjärjestelmissä viestintä tapahtuu läsnäolo/poissaolo-koodin avulla. Tällä koodilla vuorovaikutusjärjestelmät viittaavat järjestelmä/ympäristö-eroonsa. Se, jota pidetään läsnä olevana vuorovaikutusjärjestelmässä, on samalla viestintään osallistuja joko puhujana tai kuuntelijana. Se, jota pidetään poissa olevana, käsitellään järjestelmän ympäristönä. (Seidl 2003, 7.) Kuten kaikki sosiaaliset järjestelmät myös kasvokkaiset kohtaamiset ovat monimutkaisia järjestelmiä, ja niihin osallistujat joutuvat koko ajan tekemään valintoja.

Kun yksi vuorovaikutuksen osanottaja kieltäytyy hyväksymästä toisen vaihtoehtoja tai valintoja ja ilmoittaa tästä kieltäytymisestä, voidaan puhua konfliktista. Tällainen kieltäytyminen on erityisen ongelmallista, koska henkilökohtaiseen läsnäoloon perustuvat järjestelmät toimivat sen mukaan, että on olemassa yksimielisyys siitä, mistä aiheesta keskustellaan. (Luhmann 1982, 82.) Vuorovaikutusjärjestelmät voivat siirtyä nopeasti positiivisesta, yhteistyöhön perustuvasta viestinnästä vastakkaiseen asetelmaan. Väistämätön riippuvuus henkilökohtaisesta läsnäolosta ja keskinäisestä käsityksestä vähentää kykyä käsitellä monimutkaisuutta, jolloin viestintä hidastuu. (Michailakis & Schirmer 2017, 51–52.)

Luhmannilaisesta näkökulmasta tarkastellen vuorovaikutuksen paikalla ei ole väliä (Seidl 2003, 8). Organisaatio ja vuorovaikutus ovat kaksi erityyppistä järjestelmää, jotka muodostavat ympäristön toinen toisilleen; eli järjestelmät ovat toiminnallisesti suljettuja toinen toisilleen. Tilanne ei kuitenkaan ole yksiselitteinen, sillä vuorovaikutukset voivat tuottaa päätöksiä organisaatiolle, mikä äkkiseltään tarkastellen näyttäisi olevan ristiriidassa operatiivisen sulkeutuneisuuden kanssa. Organisaatio- ja vuorovaikutusjärjestelmät toistavat kuitenkin jokaisessa toiminnassa molemmat itseään, muodostaen päätöksentekoon johtavan viestinnän ja vuorovaikutteisen viestinnän. Useimmat viestinnät – jopa

virallisissa kokouksissa – ovat ei-päätöksentekoon liittyvää viestintää. Itse asiassa organisatoriselle viestinnälle on tyypillistä, että päätöksiä ei tehdä lainkaan tällaisessa vuorovaikutuksessa. Joskus osa vuorovaikutuksesta on organisaatioon liittyvää, kun taas muilla osilla ei ole mitään tekemistä organisaation kanssa. (Seidl 2003, 8–9.) Sosiaaliset järjestelmät eivät siis välttämättä ole toisiaan poissulkevia, vaikka ne samanaikaisesti pysyvät viestintänsä osalta erillisinä. Jokainen vuorovaikutus ja jokainen organisaatio kuuluvat myös yhteiskuntaan, ja vuorovaikutus voi kuulua organisaatioon, vaikka sen ei välttämättä tarvitse kuulua. (Luhmann 1982, 86.) Laajemmat järjestelmät tarjoavat resursseja ja rajoituksia eli toisin sanoen rajoittavat sitä, mikä on mahdollista paikallisissa vuorovaikutusjärjestelmissä. (Emt., 86.)

Luhmannin systeemiteoria on saanut vuosien varrella osakseen paljon kritiikkiä. Se, että Luhmann erottaa tietoisuuden ja viestinnän toisistaan ja ulkoistaa sen varjolla ihmiset sosiaalisten järjestelmien ulkopuolelle, on ollut yhtenä keskeisimpänä kritiikin kohteena. Luhmannia on kritisoitu myös evoluutioteoriasta, järjestelmien rationaalisuus -ajattelusta, liian harmonisoidun kuvan maalaamisesta toiminnallisesti eriytyneestä yhteiskunnasta ja ylipäänsä yhteiskunnan teoretisoimisesta autopoieettiseksi sosiaalseksi järjestelmäksi. (Jalava 2006.) Teorian saamasta kritiikistä huolimatta, se antaa tutkijalle mahdollisuuden tarkastella yhteiskunnallisia ilmiöitä selkeän sapluunan avulla. Tässä tutkimuksessa teoria mahdollistaa asiakkaiden hoitoon ja kohteluun liittyvien kokemusten ja toiveiden tarkastelun eri etäisyyksiltä; järjestelmän rakenteiden tasolta kasvokkaiseen kohtaamiseen.

## 5.2 Yhteiskunnan keskeiset osajärjestelmät: politiikka, juridiikka ja talous

Yhteiskunnan ydinominaisuus on se, että se jakautuu useisiin viestintäjärjestelmiin, kuten talous, politiikka, juridiikka (oikeusjärjestelmä), tiede, uskonto, terveydenhuolto, koulutus, sosiaalihuolto jne. Yhteistä näille järjestelmille on se, että ne täyttävät yhteiskunnan toimintoja. (Schirmer & Michailakis 2013, 49; Luhmann 1982, 71–75; 144, 191.) Yhteiskunnan rakenteellisella ja toiminnallisella tasolla käydään keskusteluita varsin usein politiikan, juridiikan ja talouden kesken, vaikka luonnollisesti keskusteluun osallistuvat myös ne osasysteemit, joita päätöksenteko ja -toimeenpano koskettavat. Luhmann (2004b, 371) on pohtinut erityisesti poliittisen ja oikeusjärjestelmän välistä yhteyttä ja päätenyt siihen, että molemmat järjestelmät hyötyvät toisistaan. Poliittinen järjestelmä hyötyy laillisen ja laittoman koodauksen ja hallinnoinnin välisestä erosta ja vastavuoroisesti oikeusjärjestelmä hyötyy rauhasta, selkeästä toimivallan eriyttämisestä ja päätösten täytäntöönpanokelpoisuuden turvaamisesta. Poliittisten päättäjien ja edustuksellisen demokratian yhteinen tahto on puolestaan selkeimmin löydettävissä kulloinkin voimassa olevasta hallitusohjelmasta, vaikka poliittisten puolueiden omat ohjelmat ja näkemykset voivat toki poiketa hallitusohjelman sisällöstä. Tässä luvussa keskityn lähinnä Suomen perustuslakiin sekä aikaisempien hallitusohjelmien ja Juha Sipilän hallituksen ohjelman: Ratkaisujen Suomi (VNK 2015) tarkasteluun (ks. myös Saarinen ym. 2014).

Kansalaiset ovat tietoisia hyvinvointivaltion lupauksiin perustuvista oikeuksistaan, jotka on kirjattu lakeihin, säädöksiin ja politiikkaohjelmiin (Metteri 2012, 33)<sup>2</sup>. Tietoisuus lupauksista ilmenee asiakkaiden odotuksissa, jotka määrittelevät, minkälaista palvelun, hoidon tai kohtelun pitäisi olla. Kansalaisten taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia vahvistettiin vuoden 1995 elokuussa voimaan tullessa perusoikeusuudistuksessa. Tällöin muun muassa sosiaaliturvaan liittyvät oikeudet kirjattiin perustuslakiin (Laki Suomen Hallitusmuodon muuttamisesta 969/1995; Tuori 2001; Metteri 2012). Sosiaalisten ja taloudellisten oikeuksien vahvistaminen Suomen perustuslaissa 1995 tuotti julkisten menojen leikkauksista huolimatta odotuksen, että hyvinvointivaltion perinnettä ja eetosta ei olla hylkäämässä ja julkinen valta takaa edelleen jokaiselle kansalaiselle välttämättömän sosiaaliturvan ja huolenpidon elämän riskitilanteissa. (Metteri 2012, 36.)

Hyvinvointivaltion perinteen ja eetoksen kanssa ristiriidassa oleva uusliberalistinen hallintatapa rantautui Suomeen varsinaisesti 1990-luvun laman yhteydessä (Saarinen ym. 2014) ja toi mukanaan muun muassa työttömien aktivointipolitiikan (Välimaa 2011, 65). Uusliberalististen arvojen nousu korostaa taloutta, joka muodostaa politiikan ja oikeusjärjestelmän kanssa eräänlaiset ”raamit” organisaatioiden päätöksenteolle (Jalava 2013). Selkeimmin ja nopeimmin yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset uusliberalistiseen suuntaan ovat nähtävissä hallitusohjelmissa (ks. myös Metteri 2012, 34; Välimaa 2011, 65). Vuosien 1995–2011 hallitusten ohjelmissa kannustamisesta tuli avainkäsite, jota toistettiin mitä erilaisimmissa yhteyksissä (Björklund & Airio 2009, 179). Sipilän hallitusohjelmassa hyvinvointipalveluista ja tulonsiirroista puhutaan lähinnä rahoituksen näkökulmasta. Ei siis ihme, että Saarinen kollegoineen (2014) päätyi johtopäätökseen, että hyvinvointivaltion käsite on saanut uuden muodon, jossa keskeisintä on valtion hyvinvointi. Sosiaalipolitiikan ”henki” on muuttunut selvästi lainsäädäntöä nopeammin (ks. myös Helne 2009, 24) ja sen myötä sosiaalinen kansalaisuus on muuttunut työmarkkinakansalaisuudeksi ja hyvinvointiyhteiskunta työkyky-yhteiskunnaksi (Suikkanen & Lindh 2010, 54, 57–58). Kananen (2008, 247) kuvaa sosiaalipolitiikassa tapahtunutta muutosta täyskäännökseksi, sillä se on kääntänyt talouden, työllisyyden ja sosiaalipolitiikan välisen suhteen lähes kokonaan pääläelleen. Valtio ei ole enää ensisijaisesti resurssien jakaja vaan henkinen valmentajana, jonka tehtävänä on kannustaa kansalaisia vastuullisten ja hyvien valintojen tekemiseen sekä mahdollisimman vähäiseen riippuvuuteen valtiosta<sup>3</sup>.

Osatutkimuksessa IV paikannan asiakkaan kuntoutusta tukevia prosesseja yhteisten toimintojen alueella. Yhteisten toimintojen alueella (ks. myös Kiuru & Metteri 2014a;

2 Asiakkailla on odotuksia siitä, mitä esimerkiksi terveystalut tulevat sisältämään (will-odotukset) ja mitä niiden pitäisi sisältää (should-odotukset). Molempiin asiakkaiden odotustasoihin vaikuttavat terveydenhuollon ja sairaalaorganisaation maine, henkilökohtaiset kokemukset aiemmista palveluista, median ja tiedotusvälineiden viestintä sekä ihmisten välinen suullinen viestintä. Asiakkaiden odotukset siitä, millaista palvelun pitäisi olla edustavat normatiivista standardia eli niitä voidaan selkeimmin perustella lainsäädännöllä ja politiikkaohjelmillä. (Dasu & Rao 1999.)

3 Sosiaalityölle uusliberalismi on paluuta vanhaan. Sosiaalityön tulee edelleenkin tuottaa autonomisia kansalaisia, jotka kykenevät selviytymään yhteiskunnassa, mutta pienemmillä resursseilla kuin aiemmin. (Sipilä 1989, 73.)

Seikkula 1987) viittaa asiakkaan ja hänen lähiverkostonsa sekä kuntouttavien tahojen muodostamaan systeemiin sekä toiminnallisten osajärjestelmien rajat ylittävän toiminnan mahdollisuuksiin. Osatutkimus IV tekee näkyväksi yhteiskunnassa tapahtuneen nopean muutoksen, jossa palvelujärjestelmät eivät ole pysyneet mukana. Työkyky-yhteiskuntaan liittyy oleellisesti erikoistuminen, erityisesti osaamisen kehittäminen, jota on tapahtunut niin palvelujärjestelmien, organisaatioiden kuin työntekijöiden tasolla. Palvelujärjestelmät, jotka aikoinaan kehitettiin osana hyvinvointivaltiollisen sosiaalipolitiikan ja sosiaalivakuutuksen kehystä, ovat nyt umpikujassa, koska tämä kehys on purkautunut ja muuttunut. Keinovalikoimat ja toimintakäytännöt eivät enää vastaa muuttunutta tilannetta. Esimerkiksi kuntoutusjärjestelmä ei tunnista riittävästi työmarkkinoiden ja työn muutoksia eikä kykene vastaamaan työelämän vaatimuksiin ja yksilön tarpeisiin. (Suikkanen & Lindh 2010.)

Pitkälle erikoistuneessa erikoissairaanhoidossa on sisäänrakennettuna pienempiä osajärjestelmiä, esimerkiksi sairauslakohtaisia toimi- ja vastuualueita, joilla on yhteinen ulkoinen toimintaympäristö ja omat sisäiset toimintaympäristönsä (Luhmann 1982, 231). Eriytyminen koskettaa toimialueiden lisäksi myös erikoissairaanhoidon professioita (Schirmer & Michailakis 2012, 42). Erikoistietämyksen lisääntyessä ei-toivottavana sivutuotteena lisääntyy usein myös kyvyttömyys kommunikoida muiden järjestelmien ja niitä edustavien ammattilaisten kanssa (Arnkil 2005; Seikkula ym. 2003). Selvät rajanvedot ovat hyödyllisiä erikoisosaamista vaativien tehtävien hoitamiseksi, mutta pulmallisia kohdatessa ilmiöitä, jotka eivät noudata sektorijärjestelmän työnjakoa. Ihmisten arkiset toiminnot ja laaja-alaiset palvelutarpeet eivät ole sektorijakoisia. Palvelujärjestelmä yrittää hallita kompleksisuutta jakamalla kokonaisuuden osiin ja koettamalla hallita kutakin osaa erikseen ja näin synnytetään moni- ja/tai yhteisasiakkuutta. (Seikkula & Arnkil 2009, 9, 25; Arnkil 1992, 12.) Toiminnallisesti eriytyneet osajärjestelmät kykenevät kuitenkin käsittelemään samaa viestiä yhtäaikaaisesti ja organisaatiot voivat hyödyntää eri osajärjestelmien koodeja (esimerkiksi taloudellisia, oikeudellisia, lääketieteellisiä) päätöksentekonsa tukena (Andersen, 2003). Lisäksi osajärjestelmien väliset siirtymät ja toiminnalliset kytkennät tulevat organisaatioiden kautta mahdollisiksi, mikäli osapuolten välinen riippuvuus tunnistetaan ja tunnustetaan.

### 5.3 Organisaatiojärjestelmä mahdollistaa osajärjestelmien yhteistoiminnan

Organisaatioilla on siis tärkeä rooli toiminnallisesti erilaistuneessa yhteiskunnassa, koska ne tekevät viestinnän mahdolliseksi osajärjestelmien välillä. Organisaatioiden erityispiirteenä on kyky kommunikoida muiden organisaatioiden kanssa heidän ympäristöissään, mitä muut sosiaaliset järjestelmät eivät voi tehdä. Toisin sanoen sosiaalisten järjestelmien välinen viestintä on mahdollista vain organisaatioiden kautta. Organisaatioita voidaan perustaa myös toiminnallisten osajärjestelmien ulkopuolelle, mutta yleensä ne toimivat niiden sisällä ja niistä käytetään osajärjestelmiin viittaavia nimityksiä kuten terveyskeskus tai

sairaala. Toiminnalliset osajärjestelmät eivät voi toimia kokonaan organisaatioina, koska mikään organisaatio ei pysty ymmärtämään kaikkea järjestelmän toimintaa. (Brunczel 2010, 115.)

Ihmiset voidaan sisällyttää osajärjestelmien konteksteissa toimiviin organisaatioihin suoritus- ja maallikkoroolien avulla. Suoritusrooleissa ihmiset toteuttavat yhteiskunnallisia toimintoja esimerkiksi lääkäreinä, sosiaalityöntekijöinä ja tutkijoina. Maallikkoroolissa ihmiset ovat puolestaan suoritusten vastaanottajia, kuten potilaat sairaalamaailmassa. Luonnollisesti suoritusroolit edellyttävät enemmän taitoja, koulutusta ja ominaisuuksia kuin maallikkoroolit, jotka ovat lähtökohtaisesti kaikille avoimia. (Schirmer & Michailakis 2013, 54.) Osajärjestelmien yhteiskunnallisia tehtäviä toteuttavat organisaatiot eivät kuitenkaan käsittele koko yksilöä, vaan toiminnallisesti merkityksellisiä puolia hänestä (Brunczel 2010, 169). Ne jättävät huomioimatta loput yksilöstä, koska loppu on merkityksetöntä niiden toimintatavoille (Schirmer & Michailakis 2013, 54). Tästä on seurauksena se, että osallisuus tai jäsenyys organisaatiossa merkitsee samanaikaisesti asiakkaan muiden elämänalueiden hylkäämistä ja poissulkemista, sillä ne eivät kuulu organisaation toimenkuvaan. Tämänkaltaisesta työskentelytavasta käytetään käsitettä byrokratiatyö, joka liitetään ihmisten prosessointiin instituutioissa (Prottas 1979; Lipsky 1980; Mäkitalo 2002; Vanhala 2005) ja rutiininomaiseen tapaan käsitteellistää asiakkaiden elämäntilanteita ja tehdä ratkaisuja.

Organisaatioiden sisällä suoritusrooleilla on erilaisia osallisuuden sävyjä tai välimuotoja, jotka ilmenevät eritasoisena palkkana, asemana, valtana, vaikutusvaltana ja tietämyksenä. (Schirmer & Michailakis 2013.) Esimerkiksi terveydenhuollon potilastyö määräytyy pitkälti lääketieteen ja hoitotieteen lähtökohdista, mikä on terveydenhuollon organisaation tavoitteen mukaista. Tähän kytkeytyy terveydenhuollon tietohierarkia, jossa sosiaalinen ja psykologinen tieto nousevat luonnontieteen rinnalle usein vasta niissä tilanteissa, joissa niitä tarvitaan täsmentämään lääketieteellistä johtopäätöstä tai kun kiireelliseen ratkaisuun vaadittu tieto ei ole luonnontieteellinen. (Metteri 1996, 147.)

Tutkimukseni kontekstina on erikoissairaanhoidon ja yliopistollinen sairaala. Terveydenhuoltojärjestelmän lisäksi sairaalan toimintaan vaikuttavat organisaation sisäiset osajärjestelmät, kuten toimi- ja vastuualueet professioineen ja ulkoiset osajärjestelmät, kuten kuntoutuksen ja hoivan palveluntuottajat sekä sosiaalivakuutuksesta vastaavat tahot. Käytännössä päätöksiä tehdään erilaisten binäärikoodien, kuten terve/sairas, auttaa/ei auta tai laillinen/laiton mukaan. Sairaalaorganisaatiosta onkin enenevässä määrin tullut polyfoninen, jossa useat äänet tai koodit ovat vallalla yhtä aikaa. (Andersen 2003; Jalava 2008; Jalava 2013; Villadsen 2008.) On oletettavaa, että saman organisaation sisällä eri alan ammattilaiset tai Jalavaa (2013, 111) lainaten eri systeemien äänet ovat erillisiä, mutta samalla tietoisia toistensa työtehtävistä ja erilaisten havainnointikoodien käytöstä, mikä mahdollistaa erilaisen osaamisen hyödyntämisen. Eri organisaatioita edustavien ammattilaisten kohtaamisissa suhteiden määrittely tapahtuu asiakasasiaa käsiteltäessä ja yhteistyötä ovat hankaloittamassa monet organisaatioiden toimintakäytäntöihin liittyvät eroavaisuudet.

Esimerkiksi nuorten palveluita kartoittaneessa hankkeessa (Hotari & Metteri 2010) havaittiin, että tietoa asiakkaan tilanteesta voi olla paljon eri organisaatioissa, mutta tietoa ei saada käyttöön, koska näkökulmat, kieli ja käsitteet sekä palvelujen tarpeen arviointi ovat liiaksi sidoksissa organisaatioiden toimintamalleihin. Lisäksi tietämättömyys toisen organisaation toiminnasta voi johtaa epärealistisiin odotuksiin oman organisaation ulkopuolella tarjotuista palveluista. Usein ammattilaiset yrittävät määritellä yhteistä ongelmaa, joka ei ole saavutettavissa erilaisten näkökulmien vuoksi. Esimerkiksi osa ammattilaisista painottaa medikaalisia syitä ja toiset sosiaalisia. (Seikkula & Arnkil 2009.) Vaikka systeemien näkökulmia ei voida vaihtaa keskenään, kukin voi monipuolistaa omaa näkökulmaansa. Parhaimmillaan asiakas- ja viranomaissysteemien kohtaamisissa löydetään uusia toimintavaihtoehtoja ja saadaan käyttöön voimavaroja, joita yksikään taho ei olisi kyennyt yksin aikaansaamaan. (Seikkula & Arnkil 2009, Arnkil 1991.)

## 5.4 Vuorovaikutusjärjestelmä edellyttää kasvokkaista kohtaamista

Väitöskirjassani kuvaan vuorovaikutusta sosiaalisissa järjestelmissä: yhteiskunnan osajärjestelmissä, organisaatioissa ja kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa, mutta ainoastaan kasvokkaisissa kohtaamisissa kaikki sosiaaliset järjestelmät voivat olla läsnä samanaikaisesti. Tällä tarkoitan sitä, että tutkimuksessa kasvokkainen kohtaaminen tapahtuu vuorovaikutusjärjestelmässä, sairaalaorganisaation sisällä ja terveydenhuoltojärjestelmän kontekstissa. Kuten jo edellä toin esiin, vuorovaikutusjärjestelmän perusolettamuksena on, että osallistujat ovat läsnä ja he näkevät ja tuntevat toisensa. Käytän vuorovaikutusjärjestelmästä jatkossa käsitettä kohtaaminen, sillä se perustuu osapuolten henkilökohtaiseen läsnäoloon. (Luhmann 1982, 71; Michailakis & Schirmer 2017, 51.) Kohtaamisen vuorovaikutukseen vaikuttaa se, miten osanottajien psyykkiset järjestelmät toimivat eli minkälainen tunne-tila tai ilmapiiri kohtaamisessa vallitsee (Michailakis & Schirmer 2017). Kohtaamisessa on tunnustettava, että läsnä olevilla ja vuorovaikutukseen osallistuvilla henkilöillä, on myös muita rooleja ja velvoitteita eri järjestelmissä (Luhmann 1982). Kohtaamisen osapuolet elävät erilaisissa systeemeissä vastavuoroisten riippuvuuksien suhdeverkostossa (Stähle 2004). Luhmann (1995) puhuu kaksoisriippuvuussuhteista, jotka ovat aina symmetrisiä ja vapaaehtoisia. Toisin sanoen osapuolet tietävät olevansa riippuvuussuhteessa ja hyväksyvät sen. Yksi keskeisimmistä kaksoisriippuvuuden edellytyksistä on luottamuksen tai epäluottamuksen synty. Ihminen, joka jakaa paljon luottamusta, laajentaa samalla omia toimintamahdollisuuksiaan. Välttämätön ehto vuorovaikutukselle onkin molemminpuolinen luottamus ja tunnustettu riippuvuussuhde. (Stähle 2004.)

Kasvokkaisessa kohtaamisessa kuten muissakin sosiaalisissa järjestelmissä kommunikaation tulisi aina johtaa valintatilanteeseen: joko välitettävän viestisisällön hyväksymiseen tai hylkäämiseen (Luhmann 1986). Jos keskustelun osapuolet eivät vaikutu toistensa puheenvuoroista, tieto jää merkityksettömäksi (Stähle 2004). Kommunikaatio saattaa myös epäonnistua, jos tiedonsiirtoa ei ymmärretä ja tieto jää käyttäytymisen havainnoin-



niksi eikä johda kommunikatiivisiin tekoihin tai välitetty viesti hylätään vastaanottajan toimesta. Luhmann (1990, 14) toteaa, että näiden vaikeuksien edessä on mahdollista pidättäytyä viestinnästä, mikä on melko yleinen ratkaisu vuorovaikutusjärjestelmille.

Informaation välittämisen tavalla on merkitystä luottamuksen syntymiseen ja lopulta muutoksen aikaansaamiseen. Sosiaalityössä asiakaslähtöisyys nähdään keinona eettisesti korkeatasoiseen työskentelyyn ja se kytketään olennaisesti voimavarakeskeisyyden periaatteeseen (Raunio 2009; Rostila 2001) ja kuntouttavaan sosiaalityöhön (Liukko 2006, 111). Kuntouttava sosiaalityö muutostyönä nivoutuu läheisesti sosiaaliseen tai sosiaalityölliseen asianajoon (advocacy), sillä se kohdistuu ihmisen ulkopuolelle, hänen elämäänsä määrittäviin tekijöihin siten, että hän tulee autetuksi (Hokkanen 2013, 48–49). Luhmannia (1982) lainaten kohtaamisessa käsitellään asiakkaan eri rooleja sairaalaorganisaation ulkopuolella, jotka vaikuttavat kohtaamiseen, vaikka eivät olekaan kohtaamisen aikana kontrolloitavissa. Kiinnostus asiakkaan erilaisiin rooleihin kohtaan, niiden näkyväksi tekeminen ja sanoittaminen lisäävät luottamusta ja tekevät ymmärrettäväksi asiakkaan valintoja.

Kun asiakkaan erilaiset, sairaalaorganisaation ulkopuoliset roolit ovat työntekijällä tiedossa, on mahdollista määrittää asiakkaan yksilölliset voimavarat ja palvelutarpeet ja löytää näitä tarpeita parhaiten vastaavat palvelut ja tukimuodot palveluohjauksen keinoin (Hänninen 2007, 11; Orme & Glastonbury 1993, 20). Palveluohjaus on sisällöllisesti lähellä sosiaalihuoltolaissa (1301/2014, 36 §) määriteltyä palvelutarpeiden arviointia (ks. myös Ala-Nikkola & Sipilä 1996).

Kuntouttavan sosiaalityön keinoin on mahdollista vaikuttaa sekä asiakkaan elämäntilanteen realiteetteihin että psyyken voimavaroistumiseen. Kun sosiaalityössä vaikutetaan kokemiseen niin, että asiakas rohkaistuu itse muuttamaan tai muokkaamaan tilannettaan, voidaan puhua psykososiaalisesta työskentelystä. (Kauppinen-Perättä 2017, 106.) Erikoissairaanhoidon asiakkaiden ongelmat ovat usein komplisoituneet ja työskentely painottuu korjaavaan psykososiaaliseen työskentelyyn, jossa elämäntilannetta tarkastellaan kokonaisvaltaisesti yksilön, yhteisön ja rakenteiden tasolla ja työskentelystä tulee väistämättä pitkäkestoista. (Haukka-Wacklin 2016, 113, 115–116; Hessle 1985, 27, 152–153; Bernler & Johnsson 1988, 31–32; Karjalainen 2017, 255; Granfelt 1993, 197–199; Sipilä 2011, 58.)

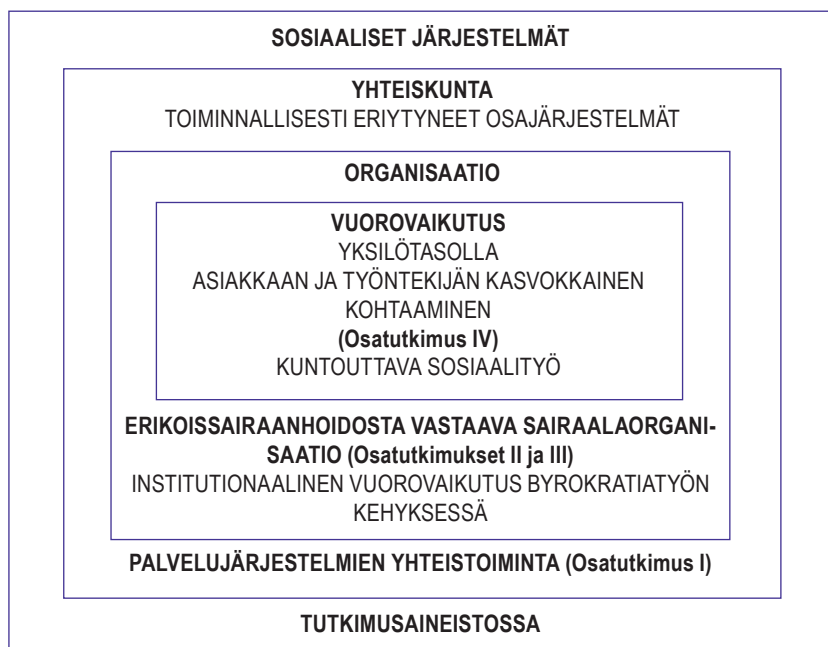
Jokainen yksilö tunnustetaan eri järjestelmissä viestintäosoitteena (communication address) ja henkilöllä voi olla samanaikaisesti useita viestintäosoitteita, jotka viittaavat eri järjestelmien asiakkuuteen (Schirmer & Michailakis 2013, 47). Kuntouttavassa sosiaalityössä työskentelyn painottuu osallisuuden välittämiseen, sillä sen tarkoituksena on uudelleen osallistaa henkilöitä, jotka ovat tilapäisesti esimerkiksi sairauden vuoksi menettäneet viestintäosoitteensa joissakin sosiaalisissa yhteyksissä, mutta haluavat ja ovat valmiita samaan sen takaisin. (Schirmer & Michailakis 2013, 58–59.) Sosiaalityön tehtävänä on yksilöiden ”osoitetietojen” muokkaaminen ja sen myötä heidän houkuttelevuutensa parantaminen suhteessa muihin osajärjestelmiin ja uudelleensuuntautumiseen kohti osallisuutta. Osoitetietojen muokkaaminen voidaan nähdä psykososiaalisena korjaavana työnä, joka usein edellyttää rinnalleen sosiaalityöllistä asianajoa ja intensiivistä palveluohjausta. Näin

ollen syrjäytyminen ja osallisuus (eksluusio ja inkluusio) voidaan nähdä binäärikoodiparina, jolla on ratkaiseva merkitys yhteiskunnan ja yksilön välisen suhteen sekä sosiaalityön yhteiskunnallisen tehtävän ymmärtämisessä (Schirmer & Michailakis 2013, 45–46).



## 6 Osatutkimusten tulosten systeemiteoreettinen tarkastelu

Tässä luvussa tarkastelen osatutkimuksien tuloksia Luhmannin systeemiteorian ohjaamana, sosiaalisten järjestelmien teoriaan painottuen. Kuvioon 7 on koottu osatutkimusten muodostama kokonaisuus. Etenen tulosten tarkastelussa kuvion ulkoreunoilta kohti keskustaa eli yhteiskunnan osajärjestelmien tasolta organisaatiotasolle ja päätyen vuorovaikutusjärjestelmän kuvaamiseen yksilötasolla; sosiaalityöntekijän ja asiakkaan kasvokkaina kohtaamisena.



Kuvio 7. Osatutkimusten muodostama kokonaisuus

Tarkastelen eri osatutkimuksia suhteessa koko tutkimukselle asettamaani tutkimustehtävään eli mihin asiakkaat ovat tyytymättömiä hoidossa ja kohtelussa, ja miten asiakkaiden tyytymättömyys huomioidaan erikoissairaanhoidossa. Näiden kysymysten myötävaikutuksella vastaan myös kysymykseen: mitä asiakkaat toivovat hoidolta ja kohtelulta.

Kaksi ensimmäistä tutkimuskysymystä keskittyvät asiakkaiden tyytymättömyyteen ja tyytymättömyyden hallinnointiin erikoissairaanhoidossa. Kolmas kysymys pureutuu asiakkaan hoitoon ja kohteluun liittyviin toiveisiin, joita on mahdollista tarkastella kriittisten palvelukokemusten kautta.

## 6.1 Kuntoutusta tukevat prosessit edellyttävät osajärjestelmien yhteistoimintaa

Asiakkaiden kokemukset ja toiveet kytkeytyvät monella tapaa viestinnän onnistumiseen tai epäonnistumiseen osajärjestelmien ja organisaatioiden sisäisessä ja ulkoisessa yhteistyössä. On luonnollista, että järjestelmien, organisaatioiden ja yksittäisten ammattilaisten käytössä on enemmän informaatiota kuin ne kykenevät käsittelemään ja hyödyntämään ja tästä syystä valintoja tehdään sen suhteen, mikä katsotaan merkitykselliseksi tiedon välittämisen kannalta ja mitä ei (Luhmann 1995). Aineiston perusteella asiakkaan hoidon ja palvelun tarpeita ei oltu kuitenkaan kartoitettu riittävästi ja merkityksellisen ja ei-merkityksellisen tiedon välinen erottelu oli tapahtunut ammattilaisten toimesta, asiakasta ja hänelle merkityksellisiä sidosryhmiä kuulematta.

Kirjoitetun tekstin eteenpäin välittäminen on osoittautunut yhdeksi suureksi ongelmaksi kuntoutusta tukevien prosessien (kokonaistilanteen arviointi, tiedonkulku, palveluohjaus ja toimeentulon turvaaminen) toimivuuden näkökulmasta. Näin siitäkkin huolimatta, että kirjoittaminen mahdollistaa tiedon tallentamisen, riippumatta vuorovaikutukseen osallistuneiden kumppaneiden muistista, jopa riippumatta vuorovaikutuksesta. Lisäksi kirjallisen viestinnän avulla voidaan tavoittaa ne, jotka eivät ole läsnä, ja viestinnän vastaanoton ajankohta voidaan valita lähes vapaasti. (Luhmann 1995, 87.) Kysymykset, kuten: kirjataanko potilastietoihin asiakkaan näkökulmasta merkittävät asiat, luetaanko aikaisempia potilastietoja (myös toisten ammattilaisten kirjaamia) riittävän tarkasti ja palataanko aikaisemmin kirjattuihin asioihin uudelleen asiakkaan tapaamisten yhteydessä, jäävät liian vähälle huomiolle.

Jotta asiakkaan kokonaistilanteen arviointi tapahtuisi asiakasta tyydyttävällä tavalla, tulisi arvioinnissa huomioida asiakkaan nykyhetkeen vaikuttavat menneet ja tulevat tapahtumat sekä aiemmat tilannearviointit (Åkerstrøm Andersen 2011, 258). Lisäksi kaikki kuntoutusta tukevat prosessit ovat tavalla tai toisella aikarajoihin sidottuja. Kuntoutusta tukevien prosessien toimintaan osallistuvat osajärjestelmät tekevät liiaksi rajanvetoa sen suhteen, mitkä toiminnot kuuluvat niiden toiminta-alueeseen ja mitkä eivät. Tämä järjestelmä/ympäristö erontekoon perustuva rajan vetäminen altistaa tiedonkulussa tapah-

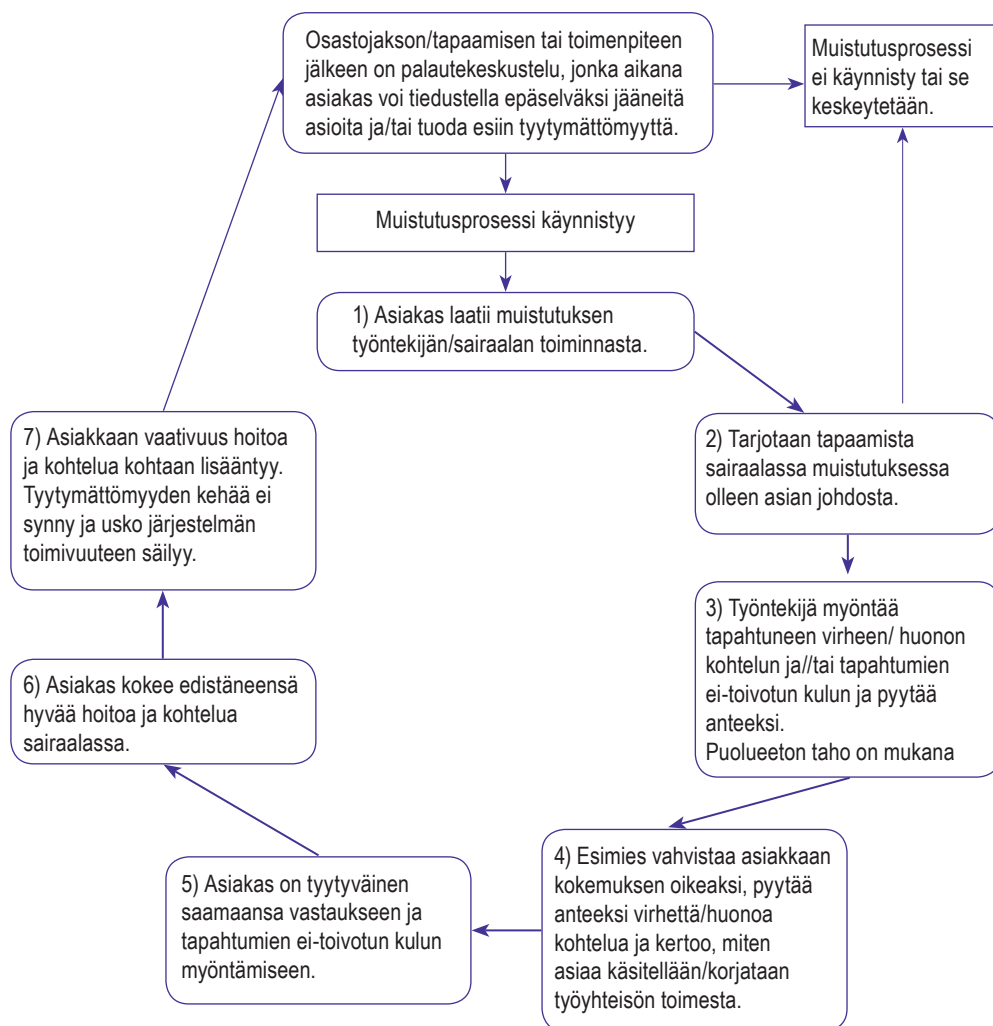
tuville katkoksille ja lisää siirtymätilanteisiin liittyvää palveluohjauksen tarvetta, vaikka organisaatiot eivät ole suoranaisesti sidoksissa järjestelmien toiminnallisiin rajoituksiin. Ammattilaiset eivät välttämättä tunnista tai tulkitse oikein toiseen osajärjestelmään kuuluvan työntekijän asiakkaastaan tekemiä havaintoja, koska havainnot on tehty erilaisen koodiston avulla.

Ongelman ytimenä on se, että yhteiskuntamme eri osajärjestelmät on rakennettu eri logiikkaa noudattaen kuin ihmisten kokonaisvaltainen arki ja elämä. Palvelujärjestelmän parempaa integraatiota on haettu ja haetaan edelleen organisaatiouudistuksen ja muodostamalla moniammatillisia ryhmiä, kun integroinnin keskiössä pitäisi olla asiakkaan arki ja arjen toimijat. (Arnkil & Seikkula 2014, 191, 220.) Kuormittavassa elämäntilanteessa elävältä asiakkaalta tai hänen läheiseltään ei voida odottaa, että hän tuntisi palvelujärjestelmän ja tietäisi, mihin byrokratialokeroon kuuluu missäkin asiassa ottaa yhteyttä eikä tällaista järjestelmätuntemusta pitäisi edellyttää muiltakaan palveluiden käyttäjiltä. (Emt., 220.) Teemahaastatteluvälineistön ja työelämäkokemukseni pohjalta voin todeta, että palveluohjauksen tarve on paljon laajempaa kuin palveluohjauksen tarjonta. Muiltakin kuin ikäihmisiltä tulisi tiedustella palveluohjauksen tarvetta matalalla kynnyksellä. Kuten jo aiemmin osatutkimusten tuloksia käsittelevässä luvussa 4 toin esiin, kuntoutusta tukevat prosessit kytkeytyvät monilta osin toisiinsa. Esimerkiksi toimeentulon turvaaminen edellyttää usein palveluohjausta ja tiedonkulun toimivuutta. Osajärjestelmät ovat nykyisellään jäykkiä ja siilomaisia, mutta vastauksen tähän ongelmaan tuovat rakenteeltaan joustavammat organisaatiot ja niissä työskentelevät ammattilaiset. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tulisi kuitenkin suunnitella palveluita enemmän yhdessä asiakkaan kanssa, ei asiakasta varten. (Arnkil & Seikkula 2014, 191.)

## 6.2 Organisaation muistutusprosessi pettymyksen poistamisen mekanismina

Muistutusprosessissa on kyse tilanteesta, jossa asiakas on halunnut säilyttää hoitoon ja kohteluun liittyvät toiveensa pettymyksestä huolimatta ja peräänkuuluttaa odottamaansa hoitoa ja kohtelua organisaation sisäisen ohjelman (Luhmann 2004) keinoin. Pettymyksen kokemukset herättävät asiakkaissa turvattomuuden tunteita ja organisaation sisäisen turvallisuuden näkökulmasta olisi tärkeää kartoittaa asiakkaan toiveita säännöllisesti ja reagoida pettymystä aiheuttaneisiin tilanteisiin mahdollisimman varhain, siellä missä ne ovat syntyneet. Asiakkaan kohtaamisessa tulisi huomioida hänen nykyhetkeensä vaikuttavat menneet ja tulevat tapahtumat, jotta kokonaistilanteen arviointi olisi mahdollista ja toiveisiin vaikuttavat aikaisemmat palvelukokemukset tulisivat työntekijän ja organisaation tietoon. Näin olisi mahdollista purkaa asiakkaiden epärealistisia toiveita ja/tai aikaisempien kokemusten aiheuttamia pelkoja ja ennakkoluuloja. Toimet varsinaisten pettymysten käsittelemiseksi ovat välttämätön osa mekanismeja, jotka suojaavat rakenteita sosiaalisissa

järjestelmissä. Sairaalan sisäinen muistutusprosessi voidaan nähdä pettymyksen poistamisen mekanismina (Luhmann 1995, 332–333), joskaan se ei nykymuodossaan näytä kovin toimivalta. Vaikka enemmistö kyselytutkimukseen vastanneista oli tyytymättömän muistutusprosessin toimivuuteen ja sairaalan antamaan vastaukseen, aineiston perusteella on mahdollista havainnollistaa myös myönteisempi muistutusprosessin kulku, jota pyrin avaamaan kuvion 8 avulla.



Kuvio 8. Asiakslähtöinen tyytymättömyyden käsittely ja muistutusprosessin kulku

Vaikka muistutusikäytäntö byrokratiatyön prosessina turvaa parhaimmillaan kansalaisten tasa-arvoisen kohtelun, se voi johtaa asiakkaiden liukuhihnaimaiseen käsittelyyn ja yksilöllisten tarpeiden huomioimatta jättämiseen (Palomäki 2012). Asiakassuhteen luomiselle ja tiedon läpikäymiselle tarvitaan ennen kaikkea aikaa, mikä on suuri haaste pitkälle erikoistuneessa ja ajallisesti (ja toiminnallisesti) rajatussa terveydenhuoltojärjestelmässä. Asiakkaiden toiveita ennakoiva kartoitus ennen hoidon aloitusta ja välitön palautekeskustelu toimenpiteen tai hoidon jälkeen lisäisi asiakastyytyvää ja säästäisi todennäköisesti sekä ajallisia että taloudellisia resursseja.

Jotta käsitys asiakkaiden toiveista sekä hoitoon ja kohteluun liittyvästä tyytymättömyydestä tarkentuisi, on tärkeää huomioida, että lähes joka neljäs kyselyyn vastanneista antoi myös myönteistä palautetta onnistuneista palvelukokemuksista, hyvästä hoidosta ja kohtelusta sekä välittivät kiitokset heitä hoitaneille ammattilaisille ja yksiköille. Niin ikään joka neljäs vastanneista arvioi suhtautumisen sairaalaa ja henkilökuntaa kohtaan pysyneen ennallaan muistutusprosessin jälkeen. Eli aikaisemmat myönteiset kokemukset näyttäisivät ennaltaehkäisevän tyytymättömyyden kehän vahvistumista ja laajentumista. Lisäksi joka viidennen vastaajan mielestä muistutus johti siihen, mitä hän odotti ja joka neljäs arvioi sairaalan kirjallisen vastauksen vastanneen hänen odotuksiaan.

Terveydenhuollon organisaation tai ammattilaisen voi olla vaikea havaita, milloin palvelutapahtuma on epäonnistunut, mikäli kyse ei ole selvästä hoitovirheestä. Erityisesti kohteluun liittyvässä tyytymättömyydessä epäonnistuneen kohtaamisen määrittelee asiakas (Dasu & Rao 1999). Epäonnistuneita kohtaamisia on lähes mahdotonta täysin välttää, joten tyytymättömyyden asiakaslähtöiseen hallinnointiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota eli miettiä etukäteen, miten asiakkaan mahdollinen kielteinen palaute otetaan vastaan ja miten siihen reagoidaan.

Muistutusprosessi muuttaa väistämättä sekä asiakkaan että työntekijän rooleja perinteisestä ammattilainen–asiakas-suhteesta tai luhmannilaisittain suorittaja- ja maallikkorooliasetelmasta (Schirmer & Michailakis 2013). Sairaalan sisäisessä muistutusprosessissa kuuluu selkeimmin oikeusjärjestelmän ääni, mikä muuttaa molempien osapuolten rooleja: maallikkona sairaalaorganisaatiossa asioineesta asiakkaasta tulee oikeuksiensa puolustaja ja suorittajaroolissa toimiva ammattilainen joutuu eri tavalla perustelemaan ja oikeuttamaan omaa toimintaansa. Muistutusprosessin läpikäyminen on molempien osapuolten näkökulmasta negatiivissävytteinen kokemus: työntekijä kokee ammatillisen tappion (Mäkelä 2015) ja asiakas muuttuu vaativammaksi<sup>1</sup> hoidon, kohtelun ja ammattilaisten kommunikointikyvyn suhteen (Palomäki & Vanhala 2016b). Mikäli tyytymättömyyttä synnyttänyt tilanne on jollakin muulla keinolla hoidettavissa, sitä kohti kannattaa pyrkiä.

---

<sup>1</sup> Joissakin kyselyvastauksissa viitattiin siihen, että muistutuksen tekijä muuttuu jatkossa hankalaksi potilaaksi (Palomäki & Vanhala 2016b).

## 6.3 Vuorovaikutusjärjestelmä – erilaisten odotusten kohtaamispaikka

Muistutusprosessin lisäksi myös kuntoutustutkimus on tulkittavissa sairaalaorganisaation sisäiseksi ohjelmaksi, sillä kuntoutustutkimuksen toteuttaminen edellyttää useampien, eri osajärjestelmiin kuuluvien henkilöiden käyttäytymisen säätelyä ja käyttäytymiseen liittyvien odotusten<sup>2</sup> huomioimista (Luhmann 1995, 317). Teemahaastatteluaineistosta on löydetävissä odotuksia kuntoutustutkimus-ohjelmaa sekä sosiaalityöntekijää ja muita ammattilaisia kohtaan. Odotukset ovat aina vastavuoroisia – yhteiskunta edellyttää kansalaisilta tietynlaista käyttäytymistä ja kansalaisella on näkemyksiä siitä, miten yhteiskunnan tulisi toimia (Kauppinen-Perttula 2017). Samoin organisaatiot edellyttävät asiakkailtaan tietynlaisten kriteereiden täyttämistä, jotta heidät voidaan hyväksyä organisaatioiden toiminnan piiriin (Jalava 2013).

Odotusten vastavuoroisuus näyttäytyy kenties selkeimmin vuorovaikutusjärjestelmän tasolla, jossa asiakas ja työntekijä(t) kohtaavat kasvotusten. Kohtaamisessa ovat läsnä asiakkaan ja työntekijän odotukset, kuntoutustutkimuspoliklinikan odotukset ja yhteiskunnan odotukset (Kauppinen-Perttula 2017). Kohtaamisen kulkuun ja luottamuksen rakentamiseen vaikuttavat molempien osapuolten muut roolit ja velvoitteet eri järjestelmissä sekä menneisyyteen liittyvät kokemukset, joita ei kohtaamisessa voida kontrolloida (Luhmann 1982; Luhmann 1986). Yhteensopimattomat odotukset voivat aiheuttaa roolikonfliktitilanteen sekä asiakkaalle että työntekijälle (Heinonen & Spearman 2001).

Haastateltavien kuntoutustutkimukseen ja ammattilaisten kohtaamisiin kohdistama kritiikki kertoo pettymisestä hoitoon ja/tai kohteluun. Useimmiten pettymystä ovat aiheuttaneet eri ammattilaisiin liitetyt rooliodotukset. (Luhmann 1995, 315–316.) Esimerkiksi lääkärin ammatilliseen selontekovelvollisuuteen tai luhmannilaisittain rooliodotukseen kuuluu asiakkaiden näkökulmasta kuntoutustutkimusprosessin kulun ja lääkinnällisen puolen selvittäminen (Juhila 2012, 158). Kun lääkäriin liitetty rooliodotus ei toteutunut, odotukseen (tai selontekovelvollisuuteen) vastaaminen jää sosiaalityöntekijälle, joka ”tarpeen vaatiessa selvitti asioita”. Aineiston perusteella on siis nähtävissä, että rooliodotuksissa voi tapahtua siirtymisiä ammattilaiselta toiselle. Kuntoutustutkimus-ohjelmaan sisältyi myös positiivinen yllätys, kun asiakkaan ennako-odotuksista poiketen kuntoutustutkimukseen kuului sosiaalisten asioiden hoitamista (Palomäki 2018a, 271) eli kaikki odotuksissa tapahtuvat poikkeamat eivät välttämättä tarkoita odotuksissa pettymistä.

Aineiston perusteella sosiaalityöntekijä ennakoi asiakkaan häneen kohdistamia rooliodotuksia. Tähän viittaa haastateltavan toteamus, että sosiaalityöntekijä ”pystyy lukemaan potilasta vähän jopa rivien välistä”. On tärkeää huomioida asioita, joita ei mainita ääneen, mutta jotka ovat merkityksellisiä asiakkaalle ja saattavat unohtettuina johtaa pettymykseen. Ainoa selkeä, sosiaalityöntekijän toimintaan kohdistuva kritiikki liittyi

<sup>2</sup> Alaluvussa 6.3 puhutaan toiveiden sijaan odotuksista, sillä teemahaastattelun yhtenä teemana oli asiakkaiden odotukset ja kuntoutusmotivaatio. Lisäksi luvussa käsitellään asiakkaiden eri ammattilaisiin kohdistamia rooliodotuksia.

kotiin suuntautuvaan työhön ja jatkohoitoon ohjaamiseen. Kyseisessä asiakastapauksessa konkreettinen jatkohoitoon hakeutuminen jätettiin asiakkaan omalle vastuulle ja seuranta toteutettiin puhelimitse. Asiakas olisi odottanut kotiin suuntautuvaa työtä ja yhdessä ammattilaisen kanssa tapahtuvaa jatkohoitoon hakeutumista.

## 6.4 Asiakkaiden toiveet erikoissairaanhoidossa ja osajärjestelmien yhteistoimintaa kohtaan

Tutkimukseni eri aineistoja yhdistävänä punaisena lankana on ollut selvittää, mihin asioihin asiakkaat ovat tyytymättömiä hoidossa ja kohtelussa ja miten asiakkaiden tyytymättömyyttä käsitellään erikoissairaanhoidossa. Näkemykseni mukaan asiakkaiden negatiivisesta palautteesta voidaan tehdä päätelmiä myös hoitoon ja kohteluun liittyvistä toiveista. Asiakkaiden toiveiden taustalla on sekä henkilökohtaisen elämän tarpeita että ajankohtaisia palvelutarpeita (Pohjola 2010). Esimerkiksi potilasmuistutuksen laatineille suunnatussa kyselyssä lähes joka neljäs vastanneista (n=22) antoi myönteistä palautetta aikaisemmin saamastaan hyvästä hoidosta ja onnistuneista kohtaamisista, joihin pettymyksen aiheuttanut tilannetta verrattiin. Toiminnallisissa osajärjestelmissä, kuten terveydenhuoltojärjestelmässä, asiakkaiden hoitoon ja kohteluun liittyvät toiveet kumpuavat paitsi aikaisemmista kokemuksista (ks. esim. Arnkil & Seikkula 2014, 41), myös osajärjestelmien etuuksiin ja palveluihin liittyvästä viestinnästä.<sup>3</sup>

Potilaan keskeisimmät oikeudet on Suomessa kirjattu Potilaslakiin (1992/785), mutta tarkennettuja oikeuksien sisällön määritelmiä ovat tehneet muun muassa Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira (2012) ja Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE (2011). Keskeisimmät potilaan oikeudet ovat oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, hoitoon pääsyyn, itseä koskeviin tietoihin ja itsemääräämiseen, kuten luvussa 2.1 toin esiin.

Näkemykseni mukaan tiedonsaantioikeus (oikeus itseä koskeviin tietoihin) ja itsemääräämisoikeus ovat edellytyksiä hyvän terveyden- ja sairaanhoidon ja siihen liittyvän kohtelun toteutumiselle. Jotta asiakasta voidaan hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, edellytyksenä on onnistunut tiedottaminen ja oikeus osallistua itseä koskevien hoitopäätösten tekemiseen. Käsitellen hyvää kohtelua omana aihealueenaan, sillä näkemykseni mukaan Potilaslain (1992/785) hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon liittyvä kohtelu painottaa lähinnä toimintaympäristöä ja kontekstia, jossa kohtelu tapahtuu (ks. myös Valvira 2016). Vaikka hoitoon pääsy on Potilaslaisissa (1992/785) oma pykälänsä, yhdistän sen hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, sillä sen rooli ei tutkimusaineistossani tullut selkeästi esille. Todennäköisesti tämä johtuu siitä, että tutkimusaineistojeni asiakkaat ovat täyttäneet erikoissairaanhoidon pääsyn kriteerit.

<sup>3</sup> Hyvinvointivaltiomme kansalaiset ovat tietoisia yhteiskunnan lupauksista, jotka on kirjattu lakeihin, säädöksiin ja politiikkaohjelmiin (Metteri 2012).

Seuraavassa taulukossa esittelen eri osatutkimuksissa esiinnousseita asiakkaiden toiveita erikoissairaanhoidon ja osajärjestelmien yhteistoimintaa kohtaan ja tarkastelen niitä potilaan keskeisimpien oikeuksien (hyvä hoito ja kohtelu, hoitoon pääsy sekä tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeus) näkökulmasta. Organisaatiotason tarkastelussa olen huomionnut myös asiakkaiden toiveet sairaalaorganisaation ohjelmia (kuntoutustutkimus ja muistutusprosessi) kohtaan.

Taulukko 2. Asiakkaan toiveet erikoissairaanhoidon ja osajärjestelmien yhteistoimintaa kohtaan

Asiakkaan toiveet sosiaalisia järjestelmiä kohtaan keskeisimpien oikeuksien näkökulmasta				
Julkaistut potilaan oikeudet	Sosiaaliset järjestelmät			
	Vuorovaikutusjärjestelmä	Sairaalaorganisaation ohjelma/toimenpide	Organisaatio(-t)	Osajärjestelmien yhteistoiminta
Hyvä hoito	Aikaisemmin laadittuihin asiakastietoihin perhdytään riittävästi ja niihin palataan kohtaamisen yhteydessä. Työntekijä on ammattitaitoinen ja osaava.	Hoitotoimenpiteiden huolellisuus ja virheettömyys. Moniäänisyys (polyfonisuus), moniammatillisen näkökulman huomiointi – hoitolinjat perustuvat ammattilaisten yhteiseen arviointiin.	Sovitut/suunnitellut hoito-ohjeistukset/hoidon linjat siirtyvät jatkohoidosta vastaavalle taholle. Yleinen hoidon taso paranee asiakaspalautteen myötä.	Tunnistavat asiakkaan kuuluvan osajärjestelmään. Esim. sosiaalivakuutuksesta vastaava taho tunnistaa olevansa korvausvelvollinen.
Hyvä kohtelu	Asiakkaan kunnioittaminen ja arvostaminen. Avoin keskustelu ja kuulluksi tuleminen (erityisesti tyytymättömyyttä synnyttäneissä tilanteissa). Työntekijä pitää huolta asiakkaasta (osoittaa myötätuntoa ja välittämistä) ja tämän asioiden hoitamisesta.	Kokonaisvaltaisuus asiakkaan asioiden hoidossa (esim. sosiaalisten asioiden hoitaminen). Tyytymättömyyden käsittelyssä on mukana sairaalan ulkopuolinen taho tai henkilö (takaa puolueettomuuden/objektiivisuuden). Palaute /loppukeskustelu jokaisen sairaalajakson/ toimenpiteen jälkeen. Toimenpiteisiin liittyvät asiakirjat laaditaan ajoissa.	Asiakas ohjataan/tarvittaessa saatetaan organisaatiosta toiseen. Organisaatio myöntää huonon kohtelun tai epäsuoruisen tapahtumien kulun ja pahoittelee/pyytää anteeksi tapahtunutta. Toimintakäytäntöjä pyritään kehittämään ja/tai muuttamaan asiakaspalautteen perusteella. Potilasasioiden käsittely on puolueetonta ja objektiivista.	Asiakkaan elämäntilanne, olosuhteet ja tarpeet huomioidaan eli kokonaistilanteen arviointi. → Luottamus järjestelmän toimivuuteen säilyy (ei tarvitse pelätä esim. sairastumista).
Tiedonsaanti-oikeus	Työntekijä osaa perustella suunnitellut tutkimukset ja hoidot. Kielenkäyttö on ymmärrettävää. Etuusasioista tiedotetaan.	Asiakas tietää, mitä eri toimenpiteillä tarkoitetaan. Asiakkaan esittämiin kysymyksiin vastataan esim. muistutusprosessissa sairaalan vastaukset käsittelevät muistutusten sisältöjä.	Asiakas tietää, miksi lähete on tehty. Sairaalan vastaukset/asiakirjat ovat sisällöllisesti ymmärrettäviä.	Tiedonkulku toimii asiakkaan ja osajärjestelmien välillä. Polyfonia (moniammatillinen näkökulma) takaa asiakkaan kokonaistilanteen arvioinnin.
Itsemääräämisoikeus	Asiakasta kuunnellaan ja uskotaan. Yksilöllinen avun tarve huomioidaan (esim. kotiin tehtävä työ)	Osapuolten yksimielisyys hoitoon pääsystä, hoidon sisällöstä ja ajallisista puitteista.	Asiakkaan palveluohjauksen tarve huomioidaan (saa ohjausta/apua etuuksien hakemiseen ja jatkohoitoon pääsemiseen).	Asiakkaan ja hänelle merkityksellisten sidosryhmien kuuleminen. Päätöksenteossa osapuolet päätyvät yhteiseen ratkaisuun.



Asiakkaan erikoissairaanhoidoon kohdistamat toiveet muodostavat selvästi ketjumaisen prosessin keskeisimpien oikeuksien näkökulmasta tarkastellen. Asiakasnäkökulmasta oikeuksien toteutuminen edellyttää, että katkoksia ei tapahdu missään prosessin vaiheessa. Hyvä hoito vuorovaikutusjärjestelmässä eli asiakkaan ja ammattilaisen kasvokkaisessa kohtaamisessa edellyttää sitä, että työntekijä palaa aikaisempiin asiakastietoihin ja ottaa ne yhdeksi keskustelun aiheeksi. Organisaation ohjelmat, esimerkiksi toimenpiteet ja hoitokokonaisuudet perustuvat ammattilaisten yhteiseen arviointiin ja niissä noudatetaan huolellisuutta ja tavoitellaan virheettömyyttä. Kun asiakas vaihtaa organisaatiosta toiseen (samankin osajärjestelmän esim. terveydenhuollon sisällä) hoito-ohjeistukset ja hoidon linjaukset siirtyvät jatkohoidosta vastaavalle taholle. Jotta yhteiskunnan eri osajärjestelmät voisivat tunnistaa yhteisen asiakkaan, tunnistamiseen ja asiakirjojen tulkintaan tarvitaan organisaatioiden ja niiden työntekijöiden apua.

Hyvä kohtelu perustuu vuorovaikutusjärjestelmän tasolla asiakkaan kunnioittamiseen, arvostamiseen sekä kuulluksi tulemiseen. Tämän lisäksi asiakas toivoo työntekijältä myös tunnetasolla tapahtuvaa kohtaamista. Organisaation sisällä eri ohjelmissa eli hoitojaksoilla ja toimenpiteissä asiakkaan asioita käsitellään kokonaisuutena. Ideaalitulanteessa jokaisen toimenpiteen ja hoitojakson jälkeen käydään palautekeskustelu, jolloin asiakkaalla on mahdollisuus paitsi palautteen antamiseen myös tiedustella epäselväksi jääneitä asioita. Organisaatiotasolla toimintakäytäntöjä kehitetään ja muutetaan saadun asiakaspalautteen perusteella. Kun asiakkaan kokonaistilanne: elämäntilanne, olosuhteet ja tarpeet huomioidaan osajärjestelmien tasolla, asiakkaan luottamus järjestelmien yhteistoimintaan säilyy.

Tiedonsaantioikeus toteutuu asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksessa, kun työntekijä osaa perustella asiakkaalle suunnitellut tutkimukset ja hoidot. Tiedottamisen tulee tapahtua siten, että asiakas ymmärtää asiasisällön eli tiedottamisessa tulisi kiinnittää huomiota kielen ja käsitteiden käyttöön. Tiedottamiseen sisältyy myös terveysasioihin linkittyvät etuusasiat. Kun asiakkaalle on perusteltu tutkimukset ja hoitotoimenpiteet, hän tietää, mitä ne käytännössä tarkoittavat. Jos asiakkaalle jää epäselviä asioita tai toimenpiteeseen/hoitoon liittyy pettymyksiä, hänen esittämiinsä kysymyksiin vastataan riittävän yksilöllisellä tasolla. Aina sairaalaan saapuessaan asiakas tietää, miksi lähete on tehty. Kun edellä mainitut hyvän hoidon ja kohtelun edellytykset ovat olemassa, osajärjestelmien välinen tiedonkulku toimii ja moniammatillinen näkökulma mahdollistaa asiakkaan kokonaistilanteen arvioinnin.

Itsemääräämisoikeuden perusehtona on asiakkaan kuuleminen ja hänen kokemuksiinsa uskomisen. Työskentelyssä huomioidaan myös asiakkaan yksilöllinen avun tarve. Hoitojakson tai toimenpiteen aikana osapuolet pyrkivät yksimielisyyteen ohjelman sisällön ja ajallisten puitteiden (kesto) osalta. Tilanteissa, jossa asiakkaan itsenäinen suoriutuminen ja oikeuksien toteutuminen on puutteellista, organisaatio huomioi asiakkaan palveluohjauksen tarpeen ja ohjaa hänet sen piiriin. Osajärjestelmissä ja niiden välisessä yhteistyössä kuullaan ensisijaisesti asiakkaalle merkityksellisiä sidosryhmiä ja tavoitellaan yksimielistä päätöksentekoa.

Tutkimusaineistoissa asiakkaiden kokemukset ja toiveet esiintyivät lähinnä kriittisinä palvelukokemuksina, joiden tutkiminen on tehokas tapa ymmärtää asiakkaiden kokemuksia ja havaita prosessin puutteita (Dasu & Rao 1999; Ach   2016). Teemahaastatteluaineistossa (osatutkimukset I ja IV) on nähtävissä, miten ennakkokäsityksiä palvelun laadusta p  ivitett  n ja muutetaan kohtaamiskokemusten jälkeen (Boulding ym. 1993). Esimerkiksi asiakkaat toivoivat, että ammattilaiset tutustuvat toistensa kirjaamiin sairauskertomusmerkint  ihin ja että niihin palataan seuraavien kohtaamisten yhteydessä. Jos näin ei tapahdu, voi syntyä epäluottamus työntekijä kohtaan: ”onko tietojen ohittaminen ollut tarkoituksellista vai eik   tieto ole mennyt perille”. Lopputuloksena on, että asiakas kokee sairaalan ohjelman, esim. kuntoutustutkimuksen, epäonnistuneena ja ei-logisena kokonaisuuksena. Eli näennäisesti pienet ja korjattavissa olevat asiat saattavat synnyttää luottamuspulaa ja pettymistä. Ennakko-odotusten toteutumattomuus näkyy myös asiakkaiden ammattilaisiin kohdistamien rooliodotusten siirtyminä. Kun lääkäri ei ennakko-odotuksista huolimatta selittänyt kuntoutustutkimusprosessin kulkua ja lääkinnällistä puolta, asiakas hyväksyi myös sosiaalityöntekijän antaman selvityksen tilanteesta. Potilasmuistutusaineiston osalta (osatutkimukset II ja III) asiakkaiden toiveet painottuvat ymmärrettävästi siihen, minkälaista hyvän hoidon ja kohtelun tulisi olla. Yleisin seuraus muistutusprosessista oli luottamuksen menettäminen muistutuksen kohteena olevaa työntekijä ja/tai yksikkö kohtaan (joissakin tapauksissa koko sairaalaa tai terveydenhuoltoa kohtaan). Kyselytutkimusaineistossa (n=93) lähes joka neljäs vastaajista kertoi luottamuksen tai uskon menettämisestä tai heikentymisestä. Luottamuksen menett  amisen seurauksia olivat ennakkoluulojen ja epäilyjen sekä ahdistuneisuuden ja pelkojen lisääntyminen hoitavaa tahoa ja/tai hoitoa kohtaan. Osa vastaajista oli myös päätynyt vaihtamaan hoitavaa tahoa. Eli potilasmuistutuksen laatiminen viittaa siihen, että asiakas haluaa p  t     kiinni ennakko-odotuksistaan ja toiveistaan ja lähtee hakemaan niille oikeutusta (Ach   2016). Potilasmuistutuksen laatineet henkilöt raportoivat omien odotustensa ja toimintatapojensa muuttumisesta vaativampaan suuntaan muistutusprosessin myötä. Erityisesti vaatimukset siitä, millaista hyvän hoidon ja kohtelun sekä henkilökunnan kommunikointikyvyyn tulisi olla, lisääntyivät.

## 7 Johtopäätökset

### 7.1 Tulosten reflektio

Asiakkaan kokemusten ja toiveiden tarkastelu on mahdollistanut sisällön antamisen sille, mitä potilaan keskeisimmät oikeudet tarkoittavat asiakasnäkökulmasta tarkastellen. Esimerkiksi Potilaslain määritelmä: laadultaan hyvä terveyden- ja sairaanhoito edellyttää asiakkaiden mielestä paitsi huolellisia ja virheettömiä hoitotoimenpiteitä, myös aikaisempiin asiakastietoihin palaamista ja niiden ottamista yhteisen keskustelun aiheeksi. Hoitolinjaukset perustuvat tällöin ammattilaisten yhteiseen arviointiin ja tieto sovituista hoitolinjauksista siirtyy ilman katkoksia jatkohoidosta vastaavalle taholle.

Hyvässä kohtelussa painottuvat puolestaan avoimuus, kuulluksi tuleminen, myötätunnon ja välittämisen osoittaminen, palveluohjaustarpeen huomioiminen, sovituissa aikatauluissa pysyminen, elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen sekä puolueettomuus asiakkaan asioiden käsittelyssä. Asiakkaat ehdottivat välitöntä palautekeskustelua sairaalakosojen ja erilaisten toimenpiteiden jälkeen, mikä olisi asiakkaiden näkemysten mukaan potilasmuistutusta rakentavampi keino käsitellä paitsi tyytymättömyyttä, myös epäselvääsi jääneitä asioita.

Potilaslaissa määritellyn tiedonsaantioikeuden toteutumisessa näyttää tutkimuksen perusteella olevan selkeimmin havaittavia puutteita. Potilaslain (1992/785) § 5:ssä tuodaan esiin, että terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys potilaan terveydentilasta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Asiakkaat toivoivat parannusta tutkimusten ja hoitojen perustelemiseen sekä itse toimenpiteen kulun tarkempaa selittämistä. Lisäksi asiakkailla oli hankaluuksia ymmärtää lääkäreiden kielenkäyttöä ja sairaalan lähettämien asiakirjojen sisältöä.

Itsemääräämisoikeuden osalta asiakkaat toivoivat paitsi yksimielisyyttä päätöksentekoon, hoitoon pääsyyn, hoidon sisältöön ja ajallisiin puitteisiin, myös yksilöllisten tarpei-

den parempaa huomioimista ja heille merkityksellisten sidosryhmien kuulemista. Edellä mainitut puutteet potilaan oikeuksien toteutumisessa eivät ole näkemykseni mukaan sairaalakohtaisia vaan niiden syyt ovat syvemmällä yhteiskunnan rakenteissa ja organisaatioiden toimintakäytännöissä. Esimerkiksi lääkärin puheen ymmärtämisiongelmaa oli esiintynyt ”monesti ja monessakin paikassa”, eikä ainoastaan tutkimassani sairaalassa. Tämän, selvästi myös rakenteellisen ongelman, tarkasteluun Niklas Luhmannin systeemiteoria tuo mielenkiintoisen näkökulman ja työvälineitä ongelman pilkkomiseen sekä toivottavasti myös suuntaviivoja kohti asiakaslähtöisempään asiakkaan hoitoa ja kohtelua.

Yhteiskunnan eriytymisen myötä yksilön diagnosoiminen sairaaksi ja sairaana pitäminen on ollut mahdollista erottaa toisistaan. Terveystenhuoltojärjestelmässä lääkäriellä on oikeus diagnosoida henkilö sairaaksi, mutta muut osajärjestelmät voivat pitää sairaaksi diagnosoitua terveenä oman havainnointikoodistonsa mukaisesti. Erityisen hyvin tämä on nähtävissä eläkevakuutuslaitosten asiantuntijalääkäreiden ja hoitavien lääkäreiden arvioidessa asiakkaan terveydentilaa. (Michailakis & Schirmer 2010; Metteri 2012; Haukka-Wacklin 2016.) Toiminnallisesti eriytyneen yhteiskunnan osajärjestelmät, kuten terveydenhuolto tarvitsevat enemmän aikaa, mutta niillä on vähemmän aikaa käytettävissään kuin vanhoissa yhteiskuntarakenteissa (Luhmann 1982, 249). On selkeästi havaittavissa, että aikapaineet eivät ole vähentymässä, sillä yhteiskunta on menossa kohti entistä nopeampaa rakenteellista muutosta ja toiminnallista erilaistumista.

Osajärjestelmät eivät lähtökohtaisesti käsittele asiakasta kokonaisvaltaisesti, vaan ainoastaan omalle toiminnalleen merkityksellisiä puolia hänestä jättäen huomioimatta asiat, jotka ovat niiden toiminnan näkökulmasta merkityksettämiä (Schirmer & Michailakis 2013; Brunczel 2010). Usein kuulee puhuttavan jäykkiin siiloihin jakautuneesta, sektoroituneesta palvelujärjestelmästä, joka siivuttaa ihmisten arjen byrokratian mukaisiin lohkoihin (Arnkil & Seikkula 2014, 213–214). Myös sairaalaorganisaation potilasasiakirjat ovat ammattilaisten kirjaamia ja sinne on suodattanut asiakkaasta lähinnä tietoja, jotka ovat kiinnostavia ja tärkeitä instituution tehtävän kannalta (Vanhala 2005, 94–161; Jokinen 2012, 241; Mäkitalo 2005, 445; Günther & Raitakari 2012, 101; Raitakari 2006, 278). Joten asiakkaiden kokemus siitä, että sairaalan asiakirjoja on vaikea ymmärtää eikä niissä ole huomioitu heille merkityksellisiä asioita, on ymmärrettävää. Tämä järjestelmä/ympäristö eroon perustuva rajan vetäminen altistaa tiedonkulussa tapahtuville katkoksille ja lisää siirtymätilanteisiin liittyvää asiakkaan palveluohjauksen tarvetta. Lisäksi riski sille, että joku toimijoista jättää oman osuutensa tekemättä lisääntyy toimijoiden määrän kasvaessa, mikä johtaa päätöksenteon viivästymiseen ja sen myötä asiakkaan toimeentulon vaarantumiseen. Asiakkaan kokonaisvaltainen tilannearviointi edellyttää eri organisaatioiden ja ammattilaisten yhteistyötä, sillä ainoastaan organisaatiot mahdollistavat järjestelmäkeskeisen ajattelun ylittämisen ja osajärjestelmien yhteistyön (Brunczel 2010, 115).

Yhteiskunnassamme ongelmien syntyminen ja ongelmien ratkaiseminen ovat pitkälti eriytyneet toisistaan. Ongelmia ei juurikaan ratkaista järjestelmässä, jossa ne ovat syntyneet, vaan ongelmat siirretään järjestelmään, joka on parhaiten varustettu ja erikoistunut

ratkaisemaan niitä. (Luhmann 1982.) Siilomaisen palvelujärjestelmän selvärajaiset vastuut merkitsevät myös selvärajaisia valitusteitä (Arnkil & Seikkula 2014, 214). Suomalaisessa yhteiskunnassa on useita erilaisia valvontaviranomaisia ja niiden toimintaa ja työnjakoa koskevaa lainsäädäntöä. Tyytymättömyyden käsittelyn siirtäminen toisen järjestelmän ja organisaation ratkaistavaksi näyttää synnyttävän uusia ongelmia ja vahvistavan asiakkaiden tyytymättömyyden kokemusta. Erilaisiin valituksiin ja kanteluihin oli tutkimassani sairaalassa vastattu vuoden 2012 aikana kolminkertainen määrä potilasmuistutuksiin verrattuna (Palomäki & Vanhala 2016b).

Usein asiakkaiden näkemykset tyytymättömyyttä aiheuttaneiden tapahtumien kulusta poikkesivat ammattilaisten ja esimiesten näkemyksistä. Mikäli asiakirjojen sisältämät tiedot olivat keskenään ristiriidassa, kyseenalaistaminen kohdistui asiakkaan esittämiin tietoihin. Silloinkin, kun sairaalan antamat vastaukset eivät sisältäneet ristiriitaisia tietoja potilasmuistutuksiin nähden (esim. tapahtumien kulusta), ne eivät läheskään aina sisältäneet asiakkaiden muistutuksissa esiin nostamia asioita. Asiakkaat kokivat, että esimiehet puolustivat alaisiaan, sillä esimiesten vastaukset olivat neutraaleita eikä niissä pääsääntöisesti otettu kantaa alaisen toimintaa, mikäli kyse ei ollut selkeästä hoitovirheestä tai ohjeistuksista poikkeamisesta. Myös esimiehet, joille muistutukset Potilaslain mukaisesti ohjataan, arvioivat muistutusprosessin olevan kankea ja hidas keino korjata potilaan hoitoa, kohtelua tai organisaatiota koskevia epäkohtia. (Mäkelä 2015, 80, 104.)

Asiakkaan toiveiden kartoittaminen ja niiden huomioiminen hoidossa ja kohtelussa systeemitoreettisena tarkasteluna on monella tapaa haasteellinen yhdistelmä, mutta se on myös mahdollistaja. Yhteiskunnan vakiintuneimmat osajärjestelmät, kuten terveydenhuolto, ovat kehittyneet pitkän ajan kuluessa ja niillä on omat havainnointikoodistonsa, jotka auttavat kohdentamaan niiden toimintaan. Toiminnan kohdentamisen varjopuolena on asiakkaille merkityksellisten asioiden jääminen järjestelmien ympäristöjen eli toisten osajärjestelmien hoidettaviksi. Vaikka sairaalaorganisaatio toimii terveydenhuoltojärjestelmän sisällä, se on silti toimintakäytännöiltään joustavampi ja kykenävämpi muodostamaan toiminnallisia ja rakenteellisia kytkentöjä toisten organisaatioiden kanssa yli järjestelmärajojen. Useista organisaatioista onkin tullut ammatillisesti moniäänisiä eli polyfonisia, joiden toiminnassa kuuluu muidenkin osajärjestelmien äänet. Sairaalaorganisaatiolla on selkeä terve/sairas dikotomiaan perustuva primäärifunktionsa, minkä vuoksi se ei ole sanan varsinaisessa merkityksessä polyfoninen. (Jalava 2013, 111–112.) Polyfoninen työskentelytapa on kuitenkin tullut jäädäkseen, sillä asiakkaan osajärjestelmien rajat ylittäviin palvelutarpeisiin ei kyetä vastaamaan ainoastaan primaaritehtävän hoitamiseen koulutetun henkilökunnan avulla (Jalava 2013, 111).

Kasvokkaisessa kohtaamisessa, kuten muissakin sosiaalisissa järjestelmissä, välitetyn tiedon tulisi vaikuttaa niihin osapuoliin, jotka muodostavat systeemin. Sellainen tieto, joka ei vaikuta osapuoliin, on merkityksetöntä (Luhmann 1995). Tämä on varsin vahva sanoma riippumatta siitä, miltä sosiaalisen järjestelmän tasolta asiaa tarkastellaan. Vaikka

ihmiset eivät kuulu sosiaalisiin järjestelmiin<sup>1</sup>, Luhmann ohjaa meitä kiinnittämään huomiota mikrotason kommunikaatioprosesseihin (Stähle 2004). Yhteiskunnassamme on osajärjestelmiä, esimerkiksi hoiva ja sosiaalityö, joiden toiminnassa kasvokkaisella vuorovaikutuksella on edelleen keskeinen rooli tiedon välittämisen näkökulmasta (Jalava 2006). Kasvokkaisen kohtaamisen merkitys korostuu tilanteissa, joissa asiakkaan kyky vastaanottaa ja reagoida välitettyyn tietoon on rajoittunut psyykkisen ja/tai fyysisen toimintakyvyn heikentymisen vuoksi. Tällöin asiakas ei ehkä ymmärrä kaikkea, mitä työntekijä sanoo ja tekee, eikä näin ollen pysty tekemään valintoja tai luhmannilaisittain toistamaan viestintää tai ainakin hänen kykynsä siihen on rajallinen (emt., 188–189). Tutkimukseni osoittaa, että asiakkaille merkityksellinen ja vaikuttava kommunikaatio toteutuu vuorovaikutusjärjestelmissä: erilaisissa kasvokkaisissa kohtaamisissa. Erityisen merkityksellistä henkilökohmainen kohtaaminen on tilanteissa, joissa asiakkaan toimintakyky on alentunut, asioita on jäänyt epäselväksi tai asiakas on pettynyt saamaansa hoitoon ja kohteluun.

Hyvästä hoidosta ja kohtelusta on monenlaisia julkaisuja erilaisissa konteksteissa; organisaatioiden esitteitä, eettisiä ohjeistuksia, opinnäytetöitä sekä varsin tuore hoitotieteen väitöskirja (Mäkelä 2015). Tutkimukseni lähtökohtana oli Potilaslaisissa julkilausutut potilaan oikeudet sekä niiden peilinä asiakkaiden hoitoon ja kohteluun liittyvät kokemukset ja toiveet erikoissairaanhoidossa Luhmannin systeemiteorian ohjaamana. Näkemykseni mukaan Luhmannin systeemiteoria mahdollisti asiakkaan hoitoon ja kohteluun liittyvien kokemusten ja toiveiden tarkastelun pienen etäisyyden päästä, mutta toiminnallinen konteksti huomioiden. Tutkimus tuottaa uudenlaisen avauksen hoidon ja kohtelun tarkasteluun asiakasnäkökulmasta, sillä yhteiskuntatieteellisessä väitöskirjassa ei ole aikaisemmin käsitelty potilasmuistutuksia ja sairaalan niihin antamia vastauksia (vrt. Mäkelä 2015). Myös Niklas Luhmannin systeemiteorian<sup>2</sup> hyödyntäminen teoreettisena lähestymistapana on ollut toistaiseksi vähäistä.

## 7.2 Tutkimusprosessi ja sen merkitys

Koska olen tehnyt tutkimusta päivätyöni ohella ja tutkimusvapaat ovat toteutuneet muutamana kuukauden periodeissa eri vuosina, tutkimusprosessi on ollut katkonainen. Ajallisten resurssien rajallisuus on pakottanut intensiiviseen ja päämäärätietoiseen työskentelyyn silloin, kun tutkimukseen keskittyminen on ollut mahdollista. Erilaisten aineistojen käyttö on soveltunut hyvin tutkimukseni analyttiseen tarkasteluun, sillä aineistot täydentävät toisiaan ja mahdollistavat tutkimustehtävän tarkastelun moniulotteisesti (Flick 2010). Haastatteluaineiston osalta olen osallistunut aineistoni tuottamiseen haastattelijan roolissa (Juhila 2016, 423) ja osin tästä syystä eettinen pohdinta on ollut haasteellisempaa kuin asiakirja-aineiston osalta. On ollut jännittävää havaita, miten aineistoja ei voi ammentaa

1 Ihmiset ovat järjestelmien viestintäosoitteita, roolien kantajia ja vastuullisia toimijoita. (Luhmann 1995, 315–316; Schirmer & Michailakis 2013, 53.)

2 Koska teoria on laaja ja sisältää useita osateorioita, rajasin käsittelyn sosiaalisten järjestelmien teoriaan.

tyhjiin vaan tutkimustehtävästä, teoreettisesta näkökulmasta ja aineiston analyysitavasta riippuen aineistosta tulee esiin eri puolia ja sen informatiivinen anti kasvaa. Erityisen selvästi havaitsin tämän haastatteluaineiston kohdalla. Osatutkimuksissa I ja IV tarkastelin teemahaastatteluaineistoa eri teoreettisesta näkökulmasta, eri etäisyyksiltä ja eri positioista käsin (Juhila 2016). Osatutkimuksessa I Luhmannin systeemiteoria ohjasi aineiston luentaa ja mahdollisti tietyn etäisyyden pitämisen aineistoon. Osatutkimuksessa IV minulla oli selvä tutkimuksellinen ja ammatillinen intressi tehdä näkyväksi kuntouttavaa sosiaalityötä sairaalaorganisaation kontekstissa ja tällöin myös oma roolini tutkijana oli intensiteetiltään erilainen.

Aineistojen toisiaan täydentävä vaikutus tuli selvästi esille osatutkimuksissa II ja III. Muistutusasiakirjojen tarkastelu asiakkaan kokemuksia ja toiveita tutkittaessa olisi jäänyt sisällöllisesti köyhemmäksi ja pintapuolisemmaksi ilman kyselytutkimusaineistoa. Tällä tarkoitan sitä, että muistutusasiakirja-aineiston keruuvaiheessa emme yllättäen saaneet kanssatutkijani kanssa mahdollisuutta tallentaa tai kopioida muistutusasiakirjoja ja sairaalan niihin antamia vastauksia<sup>3</sup>. Jouduimme varsin nopealla aikataululla päättämään, mitä tietoja asiakirjoista kerätään. Tämä kapeutti asiakirjojen käyttömahdollisuuksia. Olisin toivonut, että muistutusasiakirjat ja sairaalan vastaukset olisi ollut mahdollista kopioida tai tallentaa ja palata raaka-aineistoon useampia kertoja, mikä on omalle työskentelytavalleni ominaista, mutta tämä ei ollut käytännössä mahdollista tietosuojasyistä. Aineiston keruun yhteydessä tapahtunut yllättävä käänne kertoo mielestäni myös tutkimuksen aihepiirin arkaluonteisuudesta. Muistutus sairaalaorganisaation sisäisenä tyytymättömyyden ilmaissukanavana on selvästi sairaalan imagolle sensitiivinen kysymys poissulkematta tietosuojaan liittyvien seikkojen merkitystä. Aihepiirin arkaluonteisuus tiedostaen käsitelimme muistutusasiakirjoja nimeämättä sairaalaa, jonka toimintaan asiakkaiden tyytymättömyys kohdistui. Mielestäni tämä oli eettisesti kestävä ratkaisu.

Potilasmuistutusten ja sairaalan vastausten keskinäinen tarkastelu toi näkyviin tekstivälitteisen institutionaalisen vuorovaikutuksen hankaluudet ja byrokratian työn ajoittaisen kaavamaisuuden. Asiakkaiden muistutukset ja sairaalan vastaukset ovat sisällöllisesti ja painoarvoltaan erilaisia; asiakkaat vetoavat kokemus- ja maallikkotietoon ja ammattilaiset lääketieteelliseen tietoon, ohjeistuksiin sekä sairaalassa dokumentoituihin potilastietoihin, joihin asiakkailla ei ole samanlaista pääsyä (Heritage 1997, 237–238; Vanhala & Palomäki 2015).

Organisaatioissa tuotetuista teksteistä tulee myös helposti virallisia totuuksia, vaikka niiden tuottamisessa tehdään monia valintoja ja ne voitaisiin laatia monella vaihtoehtoisella tavalla (Jokinen ym. 2012, 241). Tämä näkyy selvästi sairaalan antamissa vastauksis-

---

3 Olimme kanssatutkijani kanssa asennoituneet ja sitoutuneet siihen, että kopioidut asiakirjat säilytetään tutkijan lukitussa kaapissa etukäteen sovitussa toimipisteessä eikä asiakirjoja siirretä niiden säilytyspaikasta. Tutkimuksemme saatua tutkimusluvan ja puoltavan lausunnon eettisten asioiden toimikunnalta, aloitimme muistutusasiakirjojen kopioinnin. Kesken aineiston keruun saimme ilmoituksen, että jo kopioidut asiakirjat on tuhottava ja asiakirjoja on mahdollista tutkia ainoastaan hallinnollisissa kanslioissa ilman kopiointi- ja tallennusmahdollisuutta.



sa. Parhaimmillaan byrokratiatyö tukee palvelutoimintaa ja takaa jokaiselle kansalaiselle tasaveroisen oikeuden saada asiantuntevaa palvelua. Jotta voidaan hoitaa suuria määriä ihmisten asioita ja pyrkiä tasapuoliseen asioiden käsittelyyn, on välttämätöntä rakentaa rutiineja, organisoida ja yksinkertaistaa (Vanhala & Palomäki 2015). Rutiinit, kuten tapa kirjata asiakasta koskevia tietoja sairauskertomukseen tai vastata potilasmuistutukseen, rajoittavat kuitenkin näkemästä toisia, asiakkaalle kenties merkityksellisempiä asioita. (Vanhala 2005, 94–161; Jokinen 2012, 241; Mäkitalo 2005, 445; Günther & Raitakari 2012, 101; Raitakari 2006, 278; Vanhala & Palomäki 2015, 204.) Tämä lienee suurin syy sille, että sairaalan asiakirjoista ei yksinkertaisesti löydy niitä tietoja, joita asiakkaat muistutuksessaan toivat esiin.

Jotta kokonaisnäkemys asiakkaan hoitoon ja kohteluun liittämistä toiveista ei perustuisi ainoastaan tyytymättömyytensä jo ilmaisseiden asiakkaiden selontekoihin, teemahaastatteluaineisto<sup>4</sup> tekee näkyväksi pitkään sairaalamaailmassa asioineiden informanttien kokemuksia terveydenhuoltojärjestelmän ja erityisesti erikoissairaanhoidon toimintaan sekä osajärjestelmien yhteistoimintaan liittyen. Asiakkaiden hyvään hoitoon ja kohteluun liittyvät toiveet eivät synny tyhjiössä eivätkä perustu ainoastaan asiakkaiden subjektiivisiin kokemuksiin. Henkilökohtaisesti koetun ja lähiyhteisön välittämien kokemusten lisäksi, asiakkaiden toiveisiin vaikuttavat suoraan ja/tai median välittämänä myös säädökset ja politiikkaohjelmat (Metteri 2012, 33).

Oman haasteensa tutkimusprosessin teoreettiseen tarkasteluun toi se, että valtaosa Luhmannin teoksista on kirjoitettu saksan kielellä, jota tutkijana en itse hallitse. Tämä on rajannut lähteiden käyttömahdollisuuksia, mutta toisaalta myös auttanut kohdentamaan teoreettista tarkastelua sosiaalisten järjestelmien teoriaan. Kuten Luhmannilaisella ajattelulla yhteistyönsä aloittaneet Arnkil ja Seikkula (2014) toteavat: teoria ei avaa kovin valoisaa näkymää palveluiden ja auttamistoimien integraation mahdollisuuksista. Ehkä Luhmannin systeemiteorian keskeisin anti onkin herätellä meitä todellisuuteen: osajärjestelmien rakenteet ovat hitaasti muuttuvia, jäykkiä ja siilomaisia. Niin kauan, kun asiakkaalla on joku selvärajainen pulma, ei yhteiskuntarakenteen siilomaisuus muodostu ongelmaksi eikä ulkopuolista koordinointiapua useinkaan tarvita. Sen sijaan tilanteet, joissa asiakkuus on jakautunut monelle taholle ja asiakkaalla on useita palvelutarpeita, siilomaisesta rakenteesta muodostuu ongelma. Erikoissairaanhoidon asiakkaiden kohdalla tämä on useimmiten arkipäivää, sillä ongelmat ovat yhteen kietoutuneita, vaativia ja pitkäkestoisia (Palomäki 2012; Palomäki 2018a).

Oma kiinnostukseni järjestelmien ja organisaatioiden rajat ylittävään työskentelyyn on syntynyt puhtaasti asiakastyön vaatimuksista. Rajoilla on omat jännitteensä ja siellä käydään runsaasti työnjaollisia keskusteluja siitä, kenen pitäisi toimia ja miten. Usein toi-

---

4 Vaikka teemahaastatteluaineiston informantit ovat kuntoutustutkimuspoliklinikan entisiä asiakkaita, heidän kokemuksensa kertovat laajemmin myös sairaalaorganisaation ja terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta. Kuntoutustutkimuksen aikana tehdään konsultaatiopyyntöjä sairaalaorganisaation eri poliklinikoille ja osastoille. Lisäksi kuntoutustutkimus-ohjelman aikana kootaan yhteen asiakkaiden aikaisemmat tutkimus-, hoito- ja kuntoutustiedot sekä niistä vastaavat, keskeisimmät toimijat.



sen osajärjestelmän, organisaation ja ammattilaisen vastuualueesta ja työtehtävien hoidosta ollaan kiinnostuneempia kuin omasta työalueesta. Mitä hankalampia ja moniulotteisempia asiakastapauksia käsitellään, sen kiivaampana työnjaollista keskustelua käydään ja omia rajoja varjellaan toisten toimijoiden epärealistisilta odotuksilta. Ratkaisujen etsintä ja omakohtaisen kuormituksen sääntely synnyttävät siten jännitteitä asiakasasian käsitteilyyn. Kun työntekijät säätelevät sitoutumistaan ja sysäävät velvoitteita toisilleen, asiakkaan tilanne vaikeutuu. (Seikkula & Arnkil 2009.)

Vaikka olen sosiaalityöntekijänä tottunut liikkumaan rajoilla, toimimaan järjestelmien, organisaatioiden ja niiden toimintakäytäntöjen tulkkina suhteessa asiakkaaseen ja sovittamaan omaa asiantuntijuuttani muiden toimintaan (Karvinen 1996, 36; Palomäki 2013), en ole onnistunut välttämään rajoihin törmäämistä ja rajojen rajoittavaa vaikutusta. Sosiaalityön käytännöistä kiinnostuneena tutkijana näen keskeisenä asiakkaan kokemusten esille nostamisen ja äänen voimistamisen. Se, että käsittelen tutkimuksessani asiakkaiden kokemuksia, on herättänyt vastustusta yllättävissä tilanteissa. Olen törmännyt organisaation rajoihin tutkimusaineistoa kerätessäni ja tutkijan etiikkaani on kyseenalaistettu mm. referee-arvioinnissa, kun olen tuonut esiin asiakkaiden ammattilaisiin kohdistamaa kritiikkiä. Olen joutunut jättämään aineistosta pois sellaisia asiakkaiden kannanottoja, jotka tulkittiin ammattiryhmiä loukkaaviksi. Edellä mainitut kokemukset näkyvät tutkimuksessani kannanottojen varovaisuutena<sup>5</sup>. Toivon, että varovaisuudestani huolimatta tutkimukseni voi omalta osaltaan lisätä rajojen ylitysten toimintakulttuuria ja kanssatutkijuutta asiakkaiden kanssa.

Ei ole realistista ajatella, että järjestelmän rakenteet muuttuisivat, organisaatiouudistukset vastaisivat asiakkaiden sektorirajat ylittäviin palvelutarpeisiin tai että ammattilaisten yhteistyöverkosto yksin ratkaisisi nämä ongelmat (Arnkil & Seikkula 2014). Asiakaslähtöisyyden lyhyt oppimäärä on asiakkaan arjen sujuvuuteen keskittyminen, auttamisverkostojen rakentaminen hänen tarpeistaan käsin ja hänen sidosryhmiään hyödyntäen, vaikka tähän Luhmannin teoria ei taivukaan. Teoria tekee näkyväksi osajärjestelmien yhteistoiminnan tarpeet ja tiettyjen osajärjestelmien toiminnan keskinäisen sidonnaisuuden. Esimerkiksi kuntoutustutkimus-ohjelmaan kytkeytyy vahvasti terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja kuntoutuksen osajärjestelmät ja potilasmuistutus-ohjelmaan terveydenhuollon ja juridiikan osajärjestelmät. Teoria siis paljastaa osajärjestelmien omia ja yhteistoimintaan perustuvia käytäntöjä, mutta sen avulla on vaikeaa löytää ratkaisuja itse ongelmakohtiin. Tässä kohdin katse kiinnittyy asiakkaaseen ja hänen arkensa toimijoihin, joihin keskittymällä ongelmanratkaisu voi alkaa.

Kun puhutaan Luhmannin systeemit teoriasta ja sosiaalityöstä, on lähes mahdotonta ohittaa kysymystä: onko sosiaalityö oma itsenäinen osajärjestelmä vai ohjelma? Näkisin sosiaalityön itsenäisenä osajärjestelmä erityisesti sosiaalihuollon palveluita tuottaessaan. Muun muassa Jorma Sipilän (1989, 61–62) sosiaalityön määritelmä tukee tätä ajatusta. Hänen näkemyksensä mukaan sosiaalityö on arkielämän jatkuvuutta ja normaalisuut-

5 Mm. esitarkastajat kannustivat minua avoimempiin ja rohkeampiin kannanottoihin.

ta ylläpitävä yhteiskunnan osajärjestelmä. Sosiaalityön ydintehtäväksi voidaan määrittää hyvinvoinnin lisäämiseen liittyvien mahdollisuuksien luominen ja siten hyvinvoinnin lisääminen ja inklusio yleisellä tasolla (Arja Kilpeläinen 2009, 74). Myös sosiaalityön kansainvälisen määritelmän (SOSNET:n suomennus 2014) mukaan sosiaalityössä työskennellään ihmisten ja rakenteiden parissa elämän ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi ja hyvinvoinnin lisäämiseksi. Sosiaalityön eroavaisuus yhteiskunnan muista osajärjestelmistä on osoitettavissa ja sen ydintehtävänä on lisätä hyvinvointia ja sitä kautta mahdollistaa entistä useampien väestöryhmien inklusio hyvinvoinnin piiriin (Sipilä 1989, 181; Kilpeläinen 2009, 82). Ajatus sosiaalityöstä itsenäisenä osajärjestelmänä on Kilpeläisen (2009, 82–83) mukaan kuitenkin pulmallista, sillä moniääniselle sosiaalityölle on vaikea kehittää yhtä, kaikkialla pätevää kaksiarvoista binaarikoodia. Itse en näkisi tätä ongelmana, koska inklusio voidaan nähdä sosiaalityön yleisenä tehtävänä<sup>6</sup>, joka mahdollistaa pääsyn yhteiskunnan järjestelmiin ja instituutioihin (Eräsaari 2005, 259). Se, mikä on osajärjestelmien rajojen vuoksi mahdotonta, on organisaation toiminnallisissa ja rakenteellisissa kytkennöissä mahdollista. Edellä mainitun pohdinnan voisin tiivistetysti muotoilla siten, että sosiaalityön mediumina voisi olla hyvinvoinnin mahdollisuuksien lisääminen ja binaarikoodina inklusio/eksklusio. (Ks. myös Schirmer & Michailakis 2013, 46; Jalava 2013, 148; Villadsen 2008; Helne ym. 2004, 15.) Sairaalaorganisaatiossa sosiaalityö voi näkemykseni mukaan olla yksittäinen roolisuoritus tai ohjelman asemassa, tuottamassa polyfoniaa sairaalaorganisaation toimintaan ja päätöksentekoon. Tällä tarkoitan sitä, että sosiaalityö voi jäädä lyhytkestoisten rutiiniluonteisten tehtävien suorittamiseksi esim. etuuden tai palvelun hakeminen asiakkaan kanssa, kuten aluvussa 2.4 toin esiin. Sosiaalityön ollessa sairaalan ohjelma, sosiaalityöntekijä tuo asiakasta koskevista päätöksentekotilanteista esiin havaintojaan asiakkaasta ja työskentely suuntautuu useimmiten (sekä ennen että jälkeen päätöksenteon) sairaalan ulkopuolelle ja ulkopuolella oleviin toimijoihin.

### 7.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Muistutusmenettelyssä on kirjavia käytäntöjä eri terveydenhuoltoyksiköissä, muistutuksista saatavaa tietoa ei osata riittävästi hyödyntää toiminnan kehittämisessä ja kohteluun liittyvä tyytymättömyys on vaikeampaa selvittää kuin hoitoon liittyvä tyytymättömyys. (kts. esim. Mäkelä 2015.) Keskeisintä terveydenhuollon kohtaamisissa on luottamus. Asiakkaan tulisi voida luottaa hoitoprosessiin kaikissa sen vaiheissa. Asiakkaiden muistutukset ja muu kohteluun liittyvä kielteinen palaute kertovat usein juuri luottamuksen menetyksestä. Jokin asiakkaan ja terveydenhuollon henkilöstön välisen vuorovaikutuksen laadussa ja/tai kohtaamisen tavassa on vähentänyt asiakkaan luottamusta hoitoon. (Metteri & Nieminen 2005.) Vaikka muistutus ei edellyttäisi ammattilaisilta toimintakäytäntöjen korjaamista, heidän olisi hyvä vastauksissaan laajentaa anteeksipyyntöjään koskemaan myös asiakkaan

6 Myös Kilpeläinen (2009, 82) toteaa: sosiaalityö voi toimia yhdistäjänä eri funktiojärjestelmien välillä.

kokemaa henkistä kärsimystä ja vastata asiakkaan esittämiin kysymyksiin. Vaikka asiakkaan huonoa kokemusta ei voida kumota, on tärkeää käsitellä muistutukseen johtaneen tapahtuman seurauksia. Kun muistutus käsitellään kunnioittavasti ja huolellisesti, useimmat asiakkaat tuntee olonsa turvallisemmaksi suhteessa terveydenhuoltojärjestelmään. (Metteri & Nieminen 2005.)

Muistutukseen johtaneessa tapahtumaketjussa on vähintään kaksi osapuolta, joista molemmilla on oma näkemyksensä tapahtumien kulusta ja osallisuudestaan siihen. Molemmat osapuolet ovat usein loukkaantuneita ja pettyneitä, mutta eri syistä. Muistutus on aina sen kohteeksi joutuneelle kielteinen palaute ja tästä syystä kielteisen tapahtuman uhreja on yhden sijaan kaksi (Pasternack & Kinnunen 2010; Metteri & Nieminen 2005.) Muistutusta pidetään ammattilaisten keskuudessa usein työntekijän virheiden ja puutteiden esille nostamisena ja työyhteisöä syyllistävänä asiana (Mäkelä 2015). Sekä asiakas että työntekijä tarvitsevat pettymystä aiheuttaneen tilanteen läpikäymistä. Esimerkiksi Amos Pasternack<sup>7</sup> on jo vuosien ajan puhunut anteeksipyyntöön ja anteeksi saamisen merkityksestä negatiivisen asiakaspalautteen ja/tai -tapahtuman jälkeen. Aito anteeksi pyytäminen auttaa hänen mukaansa asiakasta selviytymään tapahtuman aiheuttamasta henkisestä paineesta ja anteeksi saaminen puolestaan auttaa ammattilaista selviytymään epäonnistumisista seuraavista itsesyytöksistä. (Pasternack 2006; ks. myös Metteri & Nieminen 2005.) Anteeksipyyttäminen on vaikuttava kokemus toisin kuin asiakkaan kokemuksen pahoittelu, jossa virhettä tai huonoa kohtelua ei myönnetä eikä ammattilainen näe omassa toiminnassa mitään korjattavaa. (Palomäki & Vanhala 2016a; Palomäki & Vanhala 2016b.) Asiakkaan kokemuksen pahoittelu toimi sairaalan vastauksissa lähinnä kohteliaaseen vuorovaikutukseen liittyvänä muodollisuutena, mikä ei tyydyttänyt asiakkaita (ks. esim. Vanhala & Palomäki 2015). Jo tätä taustaa vasten olisi äärimmäisen tärkeää mahdollistaa yhteinen, kasvokkainen kohtaaminen, jonkun puolueettoman tahon läsnä ollessa, jotta molemmille osapuolille mahdollistuisi sovituksen saamisen kokeminen. Yksilön ja organisaation ei ole mahdollista oppia epäonnistuneista tapahtumista ja kohtaamisista, jos keskustelulle ei anneta mahdollisuuksia (Kinnunen 2010)<sup>8</sup>.

Muistutus on näkemykseni mukaan aina myös turvallisuuspoikkeama. Tuoreesta terveystieteen väitöstutkimuksesta (Sahlström 2019) käy ilmi, että potilasturvallisuuden asiantuntijat pitävät asiakkaiden roolia erittäin tärkeänä potilasturvallisuuden edistämisessä, mutta se ei ole saavuttanut nykyisten lakien ja strategioiden vaatimaa tasoa. Sahlströmin (2019) mukaan tarvitaan avointa kulttuuria, jotta asiakas voidaan nähdä yhtenä turvallisen ja laadukkaan hoidon edistäjänä. Myös Potilaslaki (1992/785) ja Terveydenhuoltolaki (2010/1326) edellyttävät asiakkaiden toiveiden ja näkemysten huomioon ottamista sekä asiakkaiden osallistumista palvelujen kehittämiseen (Mäkelä 2015). Erikoissairaanhoidon

7 LKT ja emeritusprofessori, joka on toiminut mm. Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen eettisen toimikunnan puheenjohtajana.

8 Kinnusen (2010, 143) näkemyksen mukaan myös systeeminen ajattelu toimii virheistä oppimisen mahdollistajana, koska mielenkiinnon kohteeksi nousevat virheiden syyt eivätkä syylliset ja se, miten eri tekijät vaikuttavat kokonaisuuteen.

dossa järjestetään myös koulutuksia siitä, miten hyvä vastine (eli vastaus) muistutukseen laaditaan. Näissä koulutuksissa olisi hyvä kuulla sekä potilasasiamiehen että asiakkaiden näkemyksiä siitä, minkälaista vastausta tai käsittelyä asiakkaat muistutukseensa odottavat.

Asiakkaan hoitoon ja kohteluun liittyvän tyytymättömyyden käsittely tulisi ensisijaisesti tapahtua keskustelemalla hoitavien ammattihenkilöiden kanssa. Jos keskustelu ei tuota toivottua tulosta, nopein keino saada selvitys hoidossa koetusta epäasianmukaisuudesta on muistutuksen tekeminen. Muistutuksen ensisijaisuus tarkoittaa käytännössä sitä, että Aluehallintovirasto ja Valvira voivat siirtää kanteluasian käsittelyn siihen toimipaikkaan, jossa tyytymättömyyttä aiheuttanut hoito tai kohtelu on tapahtunut, selvitettäväksi kirjallisena muistutuksena. (Valvira 2016.) Liian usein asiakkaan ainoaksi keinoksi murtaa rutiininomaisten toimintakäytäntöjen negatiivisia vaikutuksia jää valittaminen lakisääteisesti tehdyistä päätöksistä (Haapala 2012, 10). Koska valvontaviranomaiset painottavat organisaation sisäisen käsittelyn ensisijaisuutta tyytymättömyyden käsittelyssä, tulisi yhteisymmärrykseen pääsemiseen asiakkaan kanssa käyttää enemmän resursseja, samoin muistutuskäytäntöjen kehittämiseen. Tämän tutkimuksen informantit ja valvontaviranomaiset (Valvira 2016) osoittavat keskeisimmäksi tyytymättömyyttä ennaltaehkäiseväksi ja korjaavaksi työvälineeksi henkilökohtaisen keskustelun. Muistutuksen tehneet olivat valmiimpia käymään keskustelua enemmän ja laajemmin kuin muistutukseen vastanneilla näytti olevan aikaa ja halua (Palomäki & Vanhala 2016b). Esimerkiksi vuoden 2012 muistutusasiakirja-aineistosta (n= 229) ainoastaan kolme tapausta hoidettiin muulla tavalla kuin kirjallisena muistutusvastauksena.

Sairaalaorganisaation sisäisen muistutusprosessin kehittämiseksi kannattaa varata aikaa, mikäli halutaan välttää kaikkia osapuolia kuormittavia valitusprosesseja.

Jotta tyytymättömyyden itseään vahvistavaa kehää ei syntyisi, tyytymättömyyden käsittelyn tulisi sisältää seuraavat vaiheet:

- 1) Jokaisen sairaalassa tapahtuvan kohtaamisen aluksi kartoitetaan edes lyhyesti asiakkaan hoitoon ja kohteluun liittyviä toiveita, palataan aikaisimpiin potilasasiakirjamerkintöihin ja annetaan mahdollisuus välittömälle palautekeskustelulle kohtaamisen, toimenpiteen tai hoidon jälkeen.
- 2) Asiakkaan tyytymättömyyden ilmaisemisen tai muistutusasiakirjan vastaanottamisen jälkeen, sairaalan asiaosainen työntekijä ja esimies ehdottavat asiakkaalle yhteistä tapaamista tyytymättömyyttä aiheuttaneen asian johdosta. On mahdollista ja toivottavaa, että yhteisen keskustelun jälkeen asiakkaalla ei ole enää tarvetta jatkaa muistutusasian käsittelyä.
- 3) Mikäli muistutusprosessi jatkuu yhteisen keskustelun jälkeen, sairaalan vastauksen tulisi käsitellä asiakkaan muistutuksessa esiin nostamia asioita. Erityisesti sairaalalta toivotaan selkokielistä vastausta eli vastauksessa huomioidaan kielen ja käsitteiden käyttö niin, että asiakas ymmärtää sisällön.
- 4) Mikäli muistutuksen kohteena olleen työntekijän tai yksikön toiminnassa on ollut huomauttamista esim. puutteita asiakkaan kuulemisessa tai tiedottamisessa, asiakkaalta pyydetään anteeksi ja hänelle kerrotaan, miten asiaa käsitellään työyhteisös-

sä ja/tai miten työyhteisön toimintakäytäntöjä muutetaan asiakaslähtöisempään suuntaan.

Koska useilla asiakkailla esiintyy psykososiaalisia vaikeuksia ja toimeentulon ongelmia, pelkoa ja toivottomuutta tulevaisuuden suhteen, tarve potilasasiamiehen tuelle sekä kuntouttavan sosiaalityön työorientaatiolle ja menetelmille on ilmeinen (Palola 2012, 31; Haukka-Wacklin 2016; Metteri & Nieminen 2005). Nykyisellään asiakkaiden hoitoon ja kuntoutumiseen vaikuttavia sosiaalisia tekijöitä ei huomioida riittävästi. Lisäksi monet asiakkaat tarvitsevat koordinoitua myös sairaalan toimenpiteiden jälkeen. (Haukka-Wacklin 2016.) Esimerkiksi potilasmuistutusaineistossa huomiota herätti psykiatrian alueen vähäinen muistutusten määrä ja myös vähäisempi muistutukseen vastaajien määrä. Psykiatrien asiakkaiden neuvontaan ja avustamiseen tulisivat kiinnittää enemmän huomiota. (Ks. myös Karinen 2010.) Suurimpana huolenaiheena sosiaalityön näkökulmasta tarkastellen eivät ole oikeuksistaan tietoiset asiakkaat, jotka muistutusprosessin myötä näyttävät odottavat entistä parempaa hoitoa ja kohtelua, vaan ne asiakkaat, joissa muistutukseen johtanut tapahtuma on herättänyt pelkoa ja ahdistusta. Usein pelon ja ahdistuksen tunteiden taustalla oli huolta omien voimavarojen vähydestä ja siitä, että ei jaksaa itse puolustaa oikeuksiaan. Osa kyselyyn vastanneista olisi selvästi tarvinnut oikeuksiensa puolustajaa toimintakykynsä heikkouden vuoksi. Suurin huoli omien oikeuksien toteutumisesta oli henkilöillä, joilla ei ollut lähiomaista, jonka puoleen voisi kääntyä ja jolle kertoa toiveensa ja tarpeensa hoitoon ja kohteluun liittyen. Tutkimukseni perusteella ahdistuneet ja pelokkaat asiakkaat kykenevät harvoin sanallistamaan toiveitaan ja tarpeitaan palvelutapahtumahetkellä. Usein taustalla on tällöin ikään, fyysiseen, henkiseen ja/tai sosiaaliseen toimintakykyyn liittyviä puutteita sekä epätietoisuutta palvelujärjestelmän toiminnasta ja omista oikeuksista. Koordinoivan vastuuhenkilön nimeäminen henkilöille, jotka eivät kykene ajamaan omia asioitaan, on tutkimustulosten perusteella tärkeää. Vastuuhenkilön ensisijainen tehtävä on selvittää asiakkaan tarpeet ja toiveet erityisesti silloin, kun asiakas ei kykene tuomaan niitä oma-aloitteisesti esille.

Tässä tutkimuksessa käytetyt asiakirja-aineistot ovat vuodelta 2012. Kyseisten asiakirja-aineistojen keräämisen jälkeen on tutkimassani sairaalassa otettu käyttöön Kansallisen terveystietojärjestelmän valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut (Kanta-palvelut) ja sairaala kuuluu valtakunnalliseen Potilastiedon arkistoon. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että sairaalan potilastietojärjestelmä tallentaa tiedot Potilastiedon arkistoon silloin, kun tallentaminen on hoidon kannalta järkevää. Tavoitteena on, että potilasturvallisuuden ja hoidon laatu paranevat, kun ajantasaiset tiedot ovat käytettävissä ja saatavissa potilaan hoitoprosessin eri vaiheissa. Tiedot ovat myös kansalaisten nähtävillä Omakannassa<sup>9</sup>, mikäli tietojen näyttämistä ei ole viivästetty. (Jormanainen 2015.) Koska eri sairaaloissa on käytössä erilaisia potilastietojärjestelmiä ja kirjaamiskäytäntöjä, tietojärjestelmien yhteensovittaminen ei ole tapahtunut mutkattomasti. Esimerkiksi sairaanhoitopiirien henkilöstölehdissä

9 Omakanta on kansalaisten verkkopalvelu, joka näyttää terveydenhuollon kirjaamia tietoja potilaasta ja hänen lääkityksestään.

asiakkaat ovat tuoneet esiin kokemuksiaan sähköisistä asiointipalveluista ja ristiriidoista median synnyttämien odotusten ja käytännön toiminnan välillä. Asiakkaat ovat toivoneet myös enemmän mahdollisuutta kommunikoida suoraan hoitohenkilökunnan kanssa.

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää, miten Omakantaan siirtyminen on vaikuttanut asiakkaiden tiedonsaantiin omien terveystietojen osalta, tiedonkulkuun hoitavien tahojen välillä, kirjaamiskäytäntöihin ja asiakkaiden hoitotahdon ilmaisemiseen. Oletan, että tiedonsaantiin ja tiedonkulkuun liittyvä asiakkaiden tyytymättömyys on vähentynyt Kanta-palveluihin siirtymisen myötä. Toki tietojärjestelmien toimimattomuuteen ja asteittaiseen käyttöönottoon liittyvät hankaluudet ovat saattaneet aiheuttaa asiakkaiden tyytymättömyyttä.

Koska potilaiden oikeudenmukainen ja tasa-arvoinen kohtelu on terveydenhuollon keskeisimpiä kysymyksiä (Lammintakanen 2005; Niemi 2008; Pärnänen 2013), tulisi tutkimuksen tasolla nostaa esille tilanteita, joissa erilaiset sosiaaliset lähtökohdat vaikuttavat palveluiden saamiseen ja ihmisten kohteluun (Palomäki & Vanhala 2016b). Muistutusten säännöllinen analysointi muutoinkin kuin potilasasiamiehen vuosittaisina raportteina olisi merkittävä työväline terveydenhuollon laadun parantamiselle ja asiakkaan avun tarpeen esille tuomiseksi (esim. Hsieh 2012). Myös muistutusten tutkimisen laajentaminen perusterveydenhuollon toimintaympäristöihin olisi hyödyllistä.

Tutkimustulokset ovat mahdollisesti siirrettävissä erikoissairaanhoidon tarjoavien sairaaloiden tasolla, joissa asiakkuus ja muistutusprosessi rakentuvat tutkimani sairaalaorganisaation kaltaiseksi. Pienemmissä yksiköissä ja perusterveydenhuollossa asiakkaiden kokonaistilanteen arviointi voi olla paremmin huomioitavissa, mikä näkyy paitsi muistutusten määrässä, myös niiden sisällöissä ja käsittelytavoissa.

## Lähteet

- Achté, Päivi (2016) Asiakaspalautteet osana arjen työtä sairaalassa. Kategorisointi ja selonteot kirurgian alalla. Acta Universitatis Tamperensis 2205. Tampere: Tampere University Press.
- Aho, Virpi (2018) Lastensuojelun systeminen malli kolmen satakuntalaisen pilottitiimin puheessa. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.
- Ala-Nikkola, Merja & Sipilä, Jorma (1996) Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – Uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa Anna Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin liitto ry & Edita, 16–31.
- Alasuutari, Pertti (2007) Fakta- ja näytenäkökulmat. [http://www.wedu oulu.fi/tohtorikoulutus/jarjestettava\\_opetus/Alasuutari/](http://www.wedu oulu.fi/tohtorikoulutus/jarjestettava_opetus/Alasuutari/). (Luettu 13.11.2018.)
- Andersen Niels (2003) Polyphonic Organisations. Teoksessa T Bakken & T Hernes (toim.) Autopoietic Organization Theory. Drawing on Niklas Luhmann's Social Systems Perspectives. Copenhagen: Copenhagen Business School Press, 151–182.
- Antikainen-Juntinen, Eija (2005) Sosiaalityö psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityöntekijöiden käsitysten arviointi empowermentin näkökulmasta. Licensiaatintutkimus. Tampere: Tampereen yliopisto, Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Arnkil Erik (1991) Keitä muita tässä on mukana? Viisi artikkelia verkostoista. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 23.
- Arnkil Erik (1992) Sosiaalityön rajajärjestelmät ja kehitysvyöhyke. Jyväskylän tutkimus koulutuksessa, psykologiassa ja sosiaalisessa tutkimuksessa 85. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Arnkil T. Erik (2005) Peräkammari ja huolen vyöhykkeet – Metaforat, dialogisuus ja yhteinen kielialue. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2), 155–169.
- Arnkil, Tom Erik & Seikkula, Jaakko (2014) ”Nehän kuunteli meitä!” Dialogeja monissa suhteissa. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Asiakkuuskertomus vuodelta 2016. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin Ky.
- Bakhtin, Mikhail M. (1981) The Dialogic Imagination: Four Essays. Michael Holquist (toim.) Caryl Emerson and Michael Holquist (transl.). Austin: University of Texas Press.
- Beddoe, Liz (2013) Health social work: Professional identity and knowledge. Qualitative Social Work 12 (1), 24–40.
- Bernler, Gunnas & Johnsson, Lisbeth (1988) Teori för psykosocialt arbete. Stockholm: Natur och Kultur.



- Boulding, William & Kalra, Ajay & Staelin, Richard & Zeithaml, Valarie A. (1993) A Dynamic Process Model of Service Quality: From Expectations to Behavioral Intentions. *Journal of Marketing Research* 30 (1), 7–27.
- Bouwman, Renee & Bomhoff, Manja & Robben, Paul & Friele, Roland (2016) Patients' perspectives on the role of their complaints in the regulatory process. *John Wiley & Sons Ltd Health Expectations* 19 (2), 483–496.
- Björklund, Liisa & Airio, Ilpo (2009) Moraali ja kannustinrakenteen muutos. Miten kannustamisesta tuli suomalaisen hyvinvointipolitiikan valtavirtaa? Teoksessa Johannes Kananen & Juho Saari (toim.) *Ajatuksen voima. Ideat hyvinvointivaltion uudistamisessa*. Jyväskylä: Minerva Kustannus Oy, 153–184.
- Brunzel, Balázs (2010) *Disillusioning Modernity*. Niklas Luhmann's Social and Political Theory. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Cavén, Outi (1999) *Sujutusta ja pyöritystä: tutkimus byrokratian merkityksistä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyössä*. Tampere: Tiedekirjakauppa TAJU.
- Claiborne, Nancy & Vandenburg, Henry (2001) Social Workers' Role in Disease Management. *Health and Social Work* 26 (4), 217–225.
- Craig, Shelley L. & Muskat, Barbara (2013) Bouncers, Brokers, and Glue: The Self-described Roles of Social Workers in Urban Hospitals. *Health & Social Work* 38 (1), 7–16.
- Cree, Vivienne E. & Davis, Ann (2007) *Social Work: Voices from the Inside*. London: Routledge.
- Dasu, Sriram & Rao, Jay (1999) Nature and Determinants of Customer Expectations of Service Recovery in Health Care. *Quality Management of Health Care* 7 (4), 32–50.
- Denzin, Norman K (1970) *The research art. A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Drew, Paul & Heritage, John (1992) *Analysing Talk at Work: An Introduction*. In Paul Drew & John Heritage (toim.) *Talk at Work. Interaction on Institutional Settings*. Cambridge: Cambridge University Press, 3–65.
- Duyvendak, Jan Willem & Hoijtink, Marc & Tonkens, Evelien (2009) Post-Patients Perspectives. User-based Logics and a Never Ending inequality between Users and Professionals. In Otto HanUwe, Andreas Polutta & Holger Ziegler (toim.) *Evidence-Based Practice: Modernising the Knowledge Base of Social Work? Leverkusen Opladen: Barbara Budrich Publishers*, 31–45.
- Günther, Kirsi & Raitakari, Suvi (2012) Mielenterveyskuntoutusta avoimen ja yksityiskohtaisen suunnitelmalomakkeen ohjaamana. Teoksessa Vesa Heikkinen, Eero Voutilainen, Petri Lauerma, Ulla Tiililä & Mikko Lounela (toim.) *Genreanalyysi: tekstilajitutkimuksen käytäntöä*. Kotimaisten kielten keskuksen verkkojulkaisuja 29. Helsinki: Kotimaisten kielten keskus, 101–128.
- Ellilä, Kalevi (2007) *Terveyskantelun oikeusperusteet; kuntaterveys-palveluiden potilasoikeuksien toteutuminen*. Helsinki: Pilot-kustannus.
- Eräsaari, Risto (2005) Inklusio, eksklusio ja integraatio sosiaalipolitiikassa. *Kiistakysymysten kartoitusta*. *Janus* (3), 252–267.
- ETENE (2001) *Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001*. ETENE-julkaisuja 1. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, Sosiaali- ja terveysministeriö.
- ETENE (2011) *Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta*. ETENE-julkaisuja 32. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2000) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.



- Fagerström, Katarina (2016) Ihmissuhteita rakentava ja ylläpitävä lastensuojelu. Hackneyn malli ja systeeminen käytäntö lastensuojelutyössä. Työpaperi 42/2016. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Flick, Uwe (2010) Triangulation of Micro-Perspectives on Juvenile Homelessness, Health, and Human Rights. Teoksessa Michael D. Giardina & Norman K. Denzin (toim.) *Qualitative Inquiry and Human Rights*. New York: Routledge, 182–204.
- Friele, Roland D. & Sluijs, Emmy M. (2006) Patient expectations of fair complaint handling in hospitals: empirical data. *BMC Health Services Research* 6 (1), 106.
- Friele, Roland D. & Sluijs, Emmy M. & Legemaate, Johan (2008) Complaints handling in hospitals: an empirical study of discrepancies between patients' expectations and their experiences. *BMC Health Services Research* 8 (8), 199.
- Friele, Roland D. & Kruikemeier Sanne & Rademakers Jany J.J.D.M. & Coppen Remco (2013) Comparing the outcome of two different procedures to handle complaints from a patient's perspective. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 20 (4), 290–295.
- Granfelt, Riitta (1993) Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa Riitta Granfelt, Harri Jokiranta, Synnove Karvinen, Aila-Leena Matthies & Anneli Pohjola. *Monisärmäinen sosiaalityö*. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 175–227.
- Haapala, Ritva (2012) Mistä tyytymättömyys syntyy? Hallintokantelun sisällöt sosiaalipalveluissa ja toimeentulotuessa. *Lisensiaatintutkimus*. Tampere: Tampereen yliopisto, Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.
- Haukka-Wacklin, Tuula (2016) Erikoissairanhoidon kuntoutustutkimusasiakas – kuntoutustutkimus, kuntoutussuunnitelma ja muutokset ICF-luokituksen osa-alueilla asiakkaan arvioimana. *Lisensiaatintutkimus*. Tampere: Tampereen yliopisto, Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.
- Harrison, Reema & Walton, Merrilyn & Healy, Judith & Smith-Merry, Jennifer & Hobbs, Coletta (2016) Patient complaints about hospital services: applying a complaint taxonomy to analyse and respond to complaints. *International Journal for Quality in Health Care* 28 (2), 240–245.
- Healy, Karen (2014) *Social work theories in context. Creating frameworks for practice*. Second edition. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Heikkinen, Vesa & Hiidenmaa, Pirjo & Tiililä, Ulla (2001) *Teksti työnä, virka kielenä*. 2. painos. Helsinki: Gaudeamus.
- Heinonen, Tuula & Spearman, Len (2001) *Social Work Practice. Problem Solving and beyond*. Toronto: Irwin Publishing Ltd.
- Helne, Tuula (2009) Kilpailukyky-yhteiskunnan tavut ja niiden (vähemmän) inhimilliset ja (vähemmän) sosiaaliset seuraukset. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim.) *Tabujen kahleet*. Tampere: Vastapaino, 19–42.
- Helne, Tuula & Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko (2004) Sisään, mutta mihin ja miten? – Kysymyksiä yhteisyydestä. Teoksessa Tuula Helne & Sakari Hänninen & Jouko Karjalainen (toim.) *Seis yhteiskunta – tahdon sisään!* SoPhi 80. Jyväskylä: Minerva Kustannus Oy, 7–19.
- Heritage, John (1997) Conversation analysis and Institutional Talk. Analyzing data. Teoksessa David Silverman (toim.) *Qualitative Analysis: Issues of Theory and Method*. London: Sage Publications, 222–245.
- Hessle, Sven (1985) *Riktlinjer för psykosocialt arbete*. Göteborg: AWE/Gebers.
- Hirschman, Albert O. (1970) *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge and London: Harvard University Press.

- Hokkanen, Liisa (2013) Autetuksi tuleminen. Valtaistavan sosiaalisen asianajon edellyttämät toimijuudet. *Acta Universitatis Lapponiensis* 278. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Hotari, Kaisa-Elina & Metteri, Anna (2010) Sosiaalityöntekijöiden ja organisaatioiden välinen yhteistyö ja työnjako nuorten palveluissa. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2010.
- Hsieh, Sophie Yahui (2012) An exploratory study of complaints handling and nature. *International Journal of Nursing Practice* 18, 471–480.
- Hänninen, Kaija (2007) Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakesin raportteja 20/2007. Helsinki: Stakes.
- Jalava, Janne (2006) Trust as a Decision. The Problems and Functions of Trust in Luhmannian Systems Theory. Akateeminen väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Jalava, Janne (2008) Kuntoutuskumppanuuden mahdollisuudet ja haasteet – Systeemitoreettinen lähestymistapa. *Janus* 16 (4), 280–294
- Jalava, Janne (2013) Yhteiskunnan järjestelmät. Niklas Luhmannin ajattelu. Helsinki: Gaudeamus.
- Jalava, Janne & Kangas, Risto (2013) Kommunikaatio, yhteiskunnan eriytyminen ja osajärjestelmien merkitys. Teoksessa Janne Jalava (toim.) Yhteiskunnan järjestelmät. Niklas Luhmannin ajattelu. Helsinki: Gaudeamus Oy, 40–59.
- Jalava, Urpo & Virtanen, Petri (1996) Laatu, innovaatio ja projekti. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Jangland, Eva & Gunningberg, Lena & Carlsson, Maria (2009) Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement. *Patient Education and Counseling* 75 (2), 199–204.
- Jayyusi, Lena (1984) Categorization and the Moral Order. Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Jayyusi, Lena (1991) Values and Moral Judgement: Communicative praxis as a Moral Order. Teoksessa Graham Button (toim.) *Ethnomethodology and the Human Sciences*. Cambridge University Press, 227–251.
- Jokinen, Arja (1999) Vakuuttelevan ja suostuttelevan retoriikan analysoiminen. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen *Diskurssianalyysi liikkeessä. Vuorovaikutus, toimijuus ja kulttuuri empiirisen tutkimuksen haasteina*. Tampere: Vastapaino, 126–159.
- Jokinen, Arja (2012) Kategoriat, instituutiot ja sosiaalisen järjestyksen tuottaminen. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen *Kategoriat, kulttuuri & moraali – Johdatus kategoria-analyysiin*. Tampere: Vastapaino, 227–266.
- Jokinen, Arja (2017) Tavoiteltavat sosiaalityöntekijän ominaisuudet ja vuorovaikutusasetelmat asiakkaan kohtaamisessa opiskelijoiden tulkitsemina. *Janus* 25 (3), 191–207.
- Jormanainen, Vesa (2015) Kanta-palveluiden käyttöönotto vuosina 2010–2014. *Duodecim* (131), 1309–1317.
- Juhila, Kirsi (2004) Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimus: historiaa ja nykysuuntauksia. *Janus* (12) 2, 155–183.
- Juhila, Kirsi (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.
- Juhila, Kirsi (2012) Ongelmat, niiden selittäminen ja kategoriat. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila & Eero Suoninen *Kategoriat, kulttuuri & moraali – Johdatus kategoria-analyysiin*. Tampere: Vastapaino, 131–173.
- Juhila, Kirsi (2016) Tutkijan positiot. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila & Eero Suoninen *Diskurssianalyysi. Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö*. Tampere: Vastapaino, 411–443.
- Juhila, Kirsi & Jokinen, Arja & Suoninen, Eero (2012a) Kategoria-analyysin juuret. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen *Kategoriat, kulttuuri & moraali – Johdatus kategoria-analyysiin*. Tampere: Vastapaino, 17–44.

- Juhila, Kirsi & Jokinen, Arja & Suoninen, Eero (2012b) *Kategoria-analyysin teesit*. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen *Kategoriat, kulttuuri & moraalit – Johdatus kategoria-analyysiin*. Tampere: Vastapaino, 45–88.
- Julkunen Raija (2006) *Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu*. Helsinki: Stakes.
- Järviluoma, Helmi & Roivainen, Irene (1997) Jäsenkategorisoinnin analyysi kulttuurisena metodina. *Sociologia* 34 (1), 15–25.
- Kangas, Risto (1995) Niklas Luhmannin (postmoderni?) superteoria. Teoksessa Keijo Rahkonen (toim.) *Sosiologisen teorian uusimmat virtaukset*. Helsinki: Gaudeamus, 217–253.
- Kankainen, Leila (2012) *Aikuissosiaalityön haasteet*. Institutionaalinen näkökulma kehittämishankkeiden kuvaamaan sosiaalityöhön. Ammatillinen lisensiaatintutkimus. Tampere: Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.
- Kananen, Johannes (2008) Kilpailukyky ja tuottavuus 2000-luvun sosiaalipolitiikassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (3), 239–249.
- Karinen, Merja (2010) *Mielenterveyskuntoutujan oikeusturvasta*. Teoksessa Marja Pajukoski (toim.) *Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti III*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 71–78.
- Kauppinen-Perttula, Ulla-Maija (2017) Kuntoutustutkimuspoliklinikan sosiaalityön mielekkyystä pohtimassa. Teoksessa Rosi Enroos, Mikko Mäntysaari & Satu Ranta-Tyrkkö (toim.) *Mielekäs tutkimus. Näkökulmia sosiaalityön tutkimuksen missioihin*. Tampere: Tampere University Press, 93–112.
- Karjalainen, Pekka (2017) *Aikuissosiaalityö*. Teoksessa Aulikki Kananoja & Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. Helsinki: Tietosanoma Oy, 247–259.
- Kilpeläinen, Arja (2009) Luhmannin ekologinen kommunikaatio teoreettisena lähestymistapana sosiaalityössä. Teoksessa Mikko Mäntysaari & Anneli Pohjola & Tarja Pösö (toim.) *Sosiaalityö ja teoria*. Juva: Ps-kustannus, 67–84.
- Kilpeläinen, Arja (2016) *Teknologiavälitteisyys kylälaisten arjessa: tutkimus ikääntyvien sivukyläien teknologiavälitteisyydestä ja sen rajapinnoista maaseutuosiaalityöhön*. Väitöskirja. Acta Universitatis Lapponiensis 316. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Kinni, Riitta-Liisa (2014) *Gerontologinen sosiaalityö ja ihmisten työstäminen: kategorisointia sairaalan moniammatillisessa työssä*. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta.
- Kinnunen, Marina (2010) *Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa*. Väitöskirja. Acta Wasaensia 230. Vaasa: Vaasan yliopisto, Johtamisen yksikkö.
- Kiuru, Kaisa-Elina & Metteri, Anna (2014a) *Miten lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välinen raja rakentuu palvelujärjestelmässä?* Teoksessa Anneli Pohjola, Merja Laitinen & Marjaana Seppänen (toim.) *Rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja*. Kuopio: UNIpress, 162–190.
- Kiuru, Kaisa-Elina & Metteri, Anna (2014b) *Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisiasiakkuus potilaskertomusaineistossa*. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 51, 146–160.
- Kivelä, Juhani (2010) *Valtiokonsernin talousohjauksen tila – tuki vai taakka?* Acta Electronica Universitatis Tampensis 937. Tampere: Tampere University Press.
- Kotkas, Toomas (2009) *Terveyden ja sosiaalisen turvallisuuden hallinnointi 2000-luvun Suomessa. Menettelylliset oikeudet ja aktiivinen kansalaisuus*. Lakimies 2, 207–225.
- Kuosmanen, Lauri & Kaltiala-Heino, Riittakerttu & Suominen, Sakari & Kärkkäinen, Jukka & Hätönen, Heli & Ranta, Seppo & Välimäki, Maritta (2008) *Patient complaints in Finland 2000–2004: a retrospective register study*. *Journal of Medical Ethics* 34 (11), 788–92.

- Lahtinen, Pia & Männistö, Leena & Raivio, Marketta (2017) Kohti suomalaista systeemistä lasten-suojelun toimintamallia -keskeisiä periaatteita ja reunaehtoja. Työpaperi 7/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 2001/189. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010189>. (Luettu 8.11.2018.)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. (Luettu 8.11.2018.)
- Laki Suomen Hallitusmuodon muuttamisesta 969/1995. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1995/19950969>. (Luettu 8.11.2018.)
- Lammintakanen, Johanna (2005) Health Care Priorisation – Evolution of the Concept, Research and Policy Process. Publications E. Social Sciences 116. Kuopio: Kuopio University.
- Lipsky, Michael (1980) Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services. New York: Russell Sage Foundation.
- Liukko, Eeva (2006) Kuntouttavaa sosiaalityötä paikantamassa. Helsinki: SOCCAn ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja 9/2006.
- Luhmann, Niklas (1982) The Differentiation of Society. New York: Columbia University Press.
- Luhmann, Niklas (1986) The autopoiesis of social systems. Teoksessa F. Greyer & J. van der Zouwen (toim.) Sociocybernetic paradoxes: Observation, control and evolution of self-steering systems. London: Sage, 172–192.
- Luhmann, Niklas (1990) Essays on Self-Reference. New York: Columbia University Press.
- Luhmann, Niklas (1995) Social systems. Stanford: Stanford University Press.
- Luhmann, Niklas (2004a) Ekologinen kommunikaatio. (Suom.) Sam Kause & Seppo Raiski. Helsinki: Gaudeamus.
- Luhmann, Niklas (2004b) Law As A Social System. Translated by Klaus A. Ziegert. USA: Oxford University Press.
- Luhtasela, Leena (2009) Osallisuuden rakentuminen kuntouttavassa työtoiminnassa. Sosiaali-työn erikoistumiskoulutuksen lisensiaattitutkimus. Helsinki: Helsingin yliopisto, Yhteis-kuntapolitiikan laitos, valtiotieteellinen tiedekunta.
- Mann, Chris D. & Howes, Jennifer A. & Buchanan, Alex & Bowrey, David J. (2012) One-year audit of complaints made against a University Hospital Surgical Department. ANZ Journal of Surgery 82 (10), 671–674.
- Mattila, Yrjö (2011) Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä. Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Mertala, Sirpa (2011) Yhdessä tietämisen episodeja. Terveydenhuollon kompleksiset työympäristöt. Acta Universitatis Lapponiensis 201. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Metteri, Anna (1996) Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä – tietojen yhteensovitus. Teoksessa Anna Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Helsinki: Edita, 143–157.
- Metteri, Anna (2004) Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Metteri, Anna (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Acta Universitatis Tampereensis 1778. Tampere: Tampere University Press.
- Metteri, Anna & Nieminen, Marja (2005) Social Work and Conflict Resolution: The Work of a Hospital Patient Ombudsperson. Teoksessa Tuula Heinonen & Anna Metteri (toim.) Social Work in Health and Mental Health. Issues, Developments, and Actions. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 221–240.

- Michailakis, Dimitris & Schirmer, Werner (2010) Agents of their health? How the Swedish welfare state introduces expectations of individual responsibility. *Sociology of Health & Illness* 32, (6), 930–947.
- Michailakis, Dimitris & Schirmer, Werner (2014) Social work and social problems: A contribution from systems theory and constructionism. *Int J Soc Welfare* 23 (4), 431–442.
- Michailakis, Dimitris & Schirmer, Werner (2017) *Systemiska perspektiv på socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Mielenterveyslaki (1990/1116). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. (Luettu 8.11. 2018.)
- Mäkelä, Mailis (2015) Hoitoon ja kohteluun kohdistuva tyytymättömyys. Potilaslain mukaiset muistutukset. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 1301. Tampere: Juvenes Print.
- Mäkitalo, Åsa (2002) Categorizing work: knowing, arguing and social dilemmas in vocational guidance. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Mäkitalo, Åsa (2005) The Record as a Formative Tool: A study of Immanent Pedagogy in the Practice a Vocational Guidance. *Qualitative Social Work* 4 (4), 431–449.
- Mäkitalo, Åsa & Säljö Roger (2002) Talk in institutional context and institutional context in talk: Categories as Situated Practices. *Text* 22 (1), 57–82.
- Naukkarinen, Eeva-Liisa (2008) Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 157.
- Niemi, Petteri (2008) Priorisoinnin eettisestä perustasta sosiaalialalla. Teoksessa Petteri Niemi & Tuija Kotiranta (toim.) *Sosiaalialan normatiivinen perusta*. Helsinki: Palmenia University Press/Gaudeamus, 100–145.
- Närhi, Kati (2014) Asiakkaiden osallisuus ja työntekijöiden harkintavalta palvelujärjestelmässä. *Janus* 22 (3), 227–244.
- Olsen, Wendy (2004) Triangulation in Social Research: Qualitative and Quantitative Methods Can Really Be Mixed. Teoksessa Martin Holborn & Michael Haralambos (toim.) *Developments in Sociology 20*. Ormskirk, England: Causeway Press, 103–118.
- Orme, Joan & Glastonbury, Bryan (1993) *Care Management: Tasks and Workloads*. Basingstoke: Macmillan.
- Outinen, Maarit & Lempinen, Kristiina & Holma, Tupu & Haverinen, Riitta (1999) Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Palola, Elina (2012) Sosiaalinen kuntoutus uudessa sosiaalihuoltolaissa. *Kuntoutus* 35 (4), 30–34.
- Palomäki, Susanna (2012) Asiakkaan osallisuus kuntoutustutkimusprosessissa. Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Ammatillinen lisensiaatintutkimus. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Palomäki, Susanna (2018a) Kuntoutussosiaalityöntekijän työtehtävät, toimijuus ja roolit asiakkaan silmin. Teoksessa Jari Lindh, Kristiina Härkäpää & Kaisa Kostamo-Pääkkö (toim.) *Sosiaalinen kuntoutuksessa*. Rovaniemi: Lapland University Press, 263–290.
- Palomäki, Susanna (2018b) Asiakkaiden kokemuksiin perustuvat kuntoutusta tukevat prosessit yhteisten toimintojen alueella. *Kuntoutus-lehti* 41 (2), 21–33.
- Palomäki, Susanna & Vanhala, Anni (2016a) Patients' Complaints and Managers' Responses as a Process of Institutional Interaction. Teoksessa Horst Albach, Heribert Meffert, Andreas Pinkwart, Ralf Reichwald & Wilfreid von Eiff (toim.) *Boundaryless Hospital – Rethink and Redefine Health Care Management*. Berlin, Heidelberg: Springer, 321–340.

- Palomäki, Susanna & Vanhala, Anni (2016b) Terveystenhuollon muistutus asiakkaan arvioimana käytäntönä. *Janus* 24 (1), 45–61.
- Palomäki, Susanna & Havukainen, Pirjo & Vanhala, Anni & Apponen, Eevi (2009) Työkyvynarvioinnin ja kuntoutustarveselvityksen koordinaatio – linkkinä sosiaalityö. Tampere: TAYS, Neuroalat ja kuntoutus.
- Pasternack, Amos (2006) Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim* 122 (20), 2459–70.
- Pasternack, Amos & Kinnunen, Marina (2010) Kun haitta on sattunut, on anteeksipyyntöä aika. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning* 65(22), 2026–2030.
- Peräkylä, Anssi (1996) Vuorovaikutus, valta ja instituutiot. *Sosiologia* 33 (2), 89–102.
- Peräkylä, Anssi (2009) Erving Goffman. Sosiaalisen vuorovaikutuksen rakenteet. Teoksessa Vilma Hänninen, Jukka Partanen & Oili-Helena Ylijoki (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä*. 3. painos. Tampere: Vastapaino, 347–364.
- Pichert, James W. & Hickson, Gerald & Moore, Ilene (2008) Using Patient Complaints to Promote Patient Safety. Teoksessa Kerm Henriksen, James B Battles, Margaret A Keyes & Mary L Grady (toim.) *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Vol. 2: Culture and Redesign. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Pirttijärvi, Mirja (2013) Merkintöjä marginaalissa. Terveys- ja sosiaalityö aikuispsykiatriassa potilaan taloudellisen ja sosiaalisen selviytymisen edellytysten määrittelijänä. *Lisensiaatintutkimus*. Jyväskylän yliopisto: Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos.
- Pohjola, Anneli (1994) Elämän valttikortit? Nuoren aikuisen elämänpolku toimeentulotukea vaativien tilanteiden varjossa. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Pohjola, Anneli (2010) Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim.) *Asiakkuus sosiaalityössä*. Helsinki: Gaudeamus, 19–74.
- Potilaan hyvä hoito Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Ihmisen terveyden tähden (2009) Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. file:///E:/Potilaan\_hyva\_hoito%20shp%20määritelmä.pdf. (Luettu 27.11.2017.)
- Potilashoidon vuosikertomus 2016. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKS Turun yliopistollinen keskussairaala. <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/Tyks-sapa-phvk-2016.pdf>. (Luettu 27.11.2017.)
- Potilasvahinkolaki (1986/585) <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>. (Luettu 8.11.2018.)
- Prottas, Jeffrey Manditch (1979) *Peopleprocessing. The Street-Level Bureaucrat in Public Service Bureaucracies*. Toronto: Lexington Books.
- Puromäki, Henna & Kuusio, Hannamaria & Tuusa, Matti & Karjalainen, Jarno (2017) Sosiaalihuoltolaki ja sosiaalinen kuntoutus. Kuntakyselyn tulokset. Työpaperi 47/2016. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Pärnänen, Heikki (2013) Hyvä saatavuus ja oikeudenmukainen priorisointi ovat tulevaisuuden terveydenhuollon kulmakiviä. *Nuori Lääkäri* (1) <http://www.nly.fi/artikkeli/hyva-saatavuus-ja-oikeudenmukainen-priorisointi-ovat-tulevaisuuden-terveydenhuollon>. (Luettu 23.11.2015.)
- Raevaara, Liisa & Ruusuvuori, Johanna & Haakana, Markku (2001) Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Teoksessa Johanna Ruusuvuori, Markku Haakana & Liisa Raevaara (toim.) *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 11–38.
- Raitakari, Suvi (2006) Neuvottelut ja merkinnät minuuksista. Vuorovaikutuksellisuus ja retorisuus nuorten tukiasumisyksikön palaverissa ja tukisuunnitelmissa. *Acta Universitatis Tampensis* 1183. Tampere: Tampere University Press.



- Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi (2011) Moraalinen järjestys ja aikuisuuden odotukset ammatillisessa vuorovaikutuksessa: esimerkkinä mielenterveyskuntoutus. Teoksessa Aili Pehkonen & Marja Väänänen-Fomin (toim.) *Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä*. Tampere: Vastapaino, 196–218.
- Rauhala, Pirkko-Liisa & Virokannas, Elina (2011) Sosiaalityön tutkimuksen etiikka, opettaminen ja tietoarvo. Teoksessa Aini Pehkonen & Marja Väänänen-Fomin (toim.) *Sosiaalityön arvot ja etiikka. Sosiaalityön tutkimuksen seuran vuosikirja*. Jyväskylä: PS-kustannus, 235–256.
- Raunio, Kyösti (2009) Olennainen sosiaalityössä. 2. uudistettu laitos. Helsinki: Gaudeamus.
- Reader, Tom W. & Gillespie, Alex & Roberts, Jane (2014) Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Qual Saf.* 23 (8), 678–689.
- Roivainen, Irene (1999) Sokeripala metsän keskellä. Lähiö sanomalehden konstruktiona. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Romakkaniemi, Marjo & Väyrynen, Sanna (2011) Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kokemuksia psykososiaalisesta kuntoutuksesta. Teoksessa Aila Järvikoski, Jari Lindh & Asko Suikkanen (toim.) *Kuntoutus muutoksessa*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 135–151.
- Rossi, Eeva (2013) Arviointia, tukea ja huolenpitoa – tutkimus gerontologisen kuntoutuksen sosiaalityöstä. Lisensiaatintutkimus. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.
- Rostila, Ilmari (2001) Tavoitelähtöinen sosiaalityö. Voimavarakeskeisen ongelmanratkaisun periaatteet. *SoPhi* 61. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Rostila, Ilmari & Vinnurva, Jukka (2013) Sosiaalityön asiakkaan toimijuus ja täysimittainen professionaalisuus. Teoksessa Merja Laitinen & Asta Niskala (toim.) *Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä*. Tampere: Vastapaino, 196–218.
- Ruusuvuori, Johanna (2001) Harvey Sacks: Arkielämän metodit ja keskustelunanalyysi. Teoksessa Vilma Hänninen & Jukka Partanen & Oili-Helena Ylijoki (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjät*. Tampere: Vastapaino, 383–405.
- Ruusuvuori, Johanna (2009) Vuorovaikutus ja valta haastattelussa – keskustelunanalyttinen näkökulma. Teoksessa Johanna Ruusuvuori, Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino, 269–299.
- Saarijärvi, Anne (2005) Sosiaalityön mahdollisuudet yhdyskuntapalvelussa. Lisensiaatintutkimus. Tampere: Tampereen yliopisto, Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Saarin, Arttu & Salmenniemi, Suvi & Keränen, Harri (2014) Hyvinvointivaltiota hyvinvoivaan valtioon. Hyvinvointi ja kansalaisuus suomalaisessa poliittisessa diskurssissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (6), 605–618.
- Sahlström, Merja (2019) Patient participation in promoting patient safety – Finnish patients' and patient safety experts' views. Väitöskirja. *Dissertations in Health Sciences* 495. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta.
- Schirmer, Werner & Michailakis, Dimitris (2012) The latent function of responsibility for one's health in Swedish healthcare priority-setting. *Health Sociology Review* 21 (1), 36–46.
- Schirmer, Werner & Michailakis, Dimitris (2013) The Luhmannian approach to exclusion/inclusion and its relevance to Social Work. *Journal of Social Work* 15 (1), 45–64.
- Schneiderman, Janet U. & Waugaman, Wynne R. & Flynn, Marilyn S. (2008) Nurse Social Work Practitioner: A New Professional for Health Care Settings. *Health and Social Work* 33 (2), 149–154.
- Seidl, David (2003) *Organisational Interactions in Luhmann's Theory of Social Systems*. Munich Business Research. München: Munich School of Management.

- Seikkula, Jaakko (1987) Rajasysteemi – Hoidettava yksikkö osaston ja perheen välillä. *Perheterapia* 1, 11–13.
- Seikkula, Jaakko & Arnkil, Erik (2009) Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Seikkula, Jaakko & Arnkil, T. Erik & Eriksson, Esa (2003) Postmodern society and social networks: Open and anticipation dialogues in network meetings. *Family Process* 42 (2), 185–203.
- Shaw, Ian (2008) Ethics and the Practice of Qualitative Research. *Qualitative Social Work* 7 (4), 400–414.
- Sipilä, Anita (2011) Sosiaalityön asiantuntijuuden ulottuvuudet – Tiedot, taidot ja etiikka työntekijöiden näkökulmasta kunnallisessa sosiaalityössä. *Dissertations in Social Sciences and Business Studies* No 28. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta.
- Sipilä, Jorma (1989) Sosiaalityön jäljillä. Helsinki: Tammi.
- Skälén, Charlotta & Nordgren, Lena & Annerbäck, Eva-Maria (2016) Patient complaints about health care in a Swedish County: characteristics and satisfaction after handling. *Nurs Open* 3 (4): 203–211.
- SOSNET, sosiaalityön yliopistokoulutuksen yksiköiden muodostama yhteistyöverkosto. <http://www.sosnet.fi/Suomeksi/Koulutus/Erikoistumiskoulutus/Ammatillinen-lisensiaatinkoulutus/Erikoisalat/Kuntouttava-sosiaalityo>. (Luettu 7.11.2017.)
- SOSNET, Sosiaalityön kansainvälisen määritelmän suomennos. <https://www.sosnet.fi/Suomeksi/Koulutus/Peruskoulutus/Sosiaalityon-maarittely/Kv-maaritelma>. (Luettu 14.2.2019.)
- Stähle, Pirjo (2004) Itseuudistumisen dynamiikka: Systeemiajattelu kehitysprosessien ymmärtämisen perustana. Teoksessa Markku Sotara & Kati-Jasmin Kosonen (toim.) *Yksilö, kulttuuri, innovaatioympäristö: Avauksia aluekehityksen näkymättömään dynamiikkaan*. Tampere: Tampere University Press, 222–255.
- Suikkanen, Asko & Lindh, Jari (2010) Työmarkkinakansalaisuus ja ammatillisen kuntoutuksen luova tuho. *Kuntoutus-lehti* 33 (2), 53–62.
- Suomen perustuslaki (1999/731) <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. (Luettu 8.11.2018.)
- Suominen, Sauli & Tuominen, Merja (2007) *Palveluohjaus portti itsenäiseen elämään*. Helsinki: Picaset Oy, Profami Oy.
- Söderberg, Siv & Olsson, Malin & Skär, Lisa (2012) A hidden kind of suffering: female patient's complaints to Patient's Advisory Committee. *Scand J Caring Sci.* 26 (1), 144–150.
- Terveystieteiden laitos (2010/1326) <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. (Luettu 8.11.2018.)
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2017) Kuntouttava sosiaalityö. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/sosiaalipolitiikka/sosiaalityo/kuntouttava-sosiaalityo>. (Luettu 7.11.2017.)
- Thornborrow, Joanna (2002) *Power Talk: Language and Interaction in Institutional Discourse*. London: Pearson Education.
- Tuomi, Jouni & Sarajarvi, Anneli (2018) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuori, Kaarlo (2001) *Julkisoikeuden perusteet*. Helsinki: Helsingin yliopiston oikeustieteellinen tiedekunta.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2009) *Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi*. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.



- Tuusa, Matti (2005) Sosiaalityö ja työllistäminen – kuntouttavan sosiaalityön ammattikäytännöt kuntien aktivointi- ja työllistämispalveluissa. Tampere: Tampereen yliopisto, Sosiaalipoliitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Unkila, Kirsi (2015) Voimaantuminen ammatillisessa kuntoutuksessa. Vaikeassa työmarkkina-  
asemassa olevien kuntoutujien kertomuksia ammatilliselta kuntoutuskurssilta. Lisensiaatin-  
tutkimus. Tampere: Tampereen yliopisto, Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.
- Vaismoradi, Mojtaba & Turunen, Hannele & Bondas, Terese (2013) Content analysis and thematic  
analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health  
Sciences* 13 (3), 398–405.
- Valokivi, Heli (2008) Kansalainen asiakkaana: tutkimus vanhusten ja lainrikkojen osallisuudesta,  
oikeuksista ja velvollisuuksista. *Acta Universitatis Tamperensis* 1286. Tampere: Tampere  
University Press.
- Valtioneuvoston kanslia (VNK) (2015) Ratkaisujen Suomi. Hallitusohjelma. Hallituksen julkaisu-  
sarja 10/2015.
- Vanhala, Anni (2005) Paikka ja asiakkuus: etnografia naisten asuntolasta. *Acta Universitatis  
Tamperensis* 1075. Tampere: Tampere University Press.
- Vanhala, Anni & Palomäki, Susanna (2015) Muistutus institutionaalisenä vuorovaikutuksena  
terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 52 (3), 202–213.
- Valvira (2016) Potilaan oikeudet. <https://www.valvira.fi/-/potilaan-oikeud-1>. (Luettu 2.11.2018.)
- Veneau, Laurence & Chariot, Patrick (2013) How do hospitals handle patients complaints? An  
overview from Paris area. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 20, 242–247.
- Villadsen, Kaspar (2008) 'Polyphonic' welfare: Luhmann's systems theory applied to modern social  
work. *Int J Soc Welfare* 17 (1), 65–73.
- Virtanen, Petri & Suoheimo, Maria & Lamminmäki, Sara & Ahonen, Päivi & Suokas, Markku  
(2011) Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Tekesin  
katsaus 281/2011. Helsinki: Tekes.
- Välimaa, Outi (2011) Kategoriat ongelman selontekona. Pitkäaikaistyöttömyydestä neuvottele-  
minen ja sen rakentuminen haastattelupuheessa. *Acta Universitatis Tamperensis* 1589.  
Tampere: Tampere University Press.
- Wofford, Marcia M. & Wofford, James L. & Bothra, Jashoda & Kendrick, S. Bryant & Smith,  
Amanda & Lichstein, Peter R. (2004) Patient Complaints about Physician Behaviors: A  
Qualitative Study. *Academic Medicine* 79 (2), 134–138.
- Åkerstrøm Andersen, Niels (2003) Discursive analytical strategies. Understanding Foucault,  
Koselleck, Laclau, Luhmann. UK: The Policy Press.



## Alkuperäisjulkaisut

- I Palomäki, Susanna (2018b) Asiakkaiden kokemuksiin perustuvat kuntoutusta tukevat prosessit yhteisten toimintojen alueella. Kuntoutuslehti 41 (2), 21–33.
- II Palomäki, Susanna & Vanhala, Anni (2016a) Patients' Complaints and Managers' Responses as a Process of Institutional Interaction. Teoksessa Horst Albach, Heribert Meffert, Andreas Pinkwart, Ralf Reichwald & Wilfreid von Eiff (toim.) Boundaryless Hospital – Rethink and Redefine Health Care Management. Berlin, Heidelberg: Springer, 321–340.
- III Palomäki, Susanna & Vanhala, Anni (2016b) Terveystenhuollon muistutus asiakkaan arvioimana käytäntönä. Janus 24 (1), 45–61.
- IV Palomäki, Susanna (2018a) Kuntoutussosiaalityöntekijän työtehtävät, toimijuus ja roolit asiakkaan silmin. Teoksessa Jari Lindh, Kristiina Härkäpää & Kaisa Kostamo-Pääkkö (toim.) Sosiaalinen kuntoutuksessa. Lapland University Press, 263–290.





# ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIIN PERUSTUVAT KUNTOUTUSTA TUKEVAT PROSESSIT YHTEISTEN TOIMINTOJEN ALUEELLA

## Johdanto

Asiakkaiden kuntoutukseen osallistuu useita yhteiskunnan osajärjestelmiä edustavia organisaatioita ja ammattilaisia, jotka ovat suuntautuneet kukin yhteen, itselleen ominaiseen ja ensisijaiseen tehtävään (Luhmann 2004). Pyrkinessään työnjakojen mukaiseen kuntoutuksen toteuttamiseen järjestelmät tuottavat moniasiakkuutta, ja tahattomana sivutuotteena syntyy usein myös palvelujärjestelmän ”aukkoja” (Seikkula & Arnkil 2009, Arnkil 1992). Koska työelämästatus määrittelee vahvasti sitä, minkälaiset kuntoutusvaihtoehdot ovat asiakkaan käytettävissä ja mikä taho sosiaalivakuutuksesta vastaa, asiakkaat ovat jo lähtökohtaisesti eriarvoisessa asemassa (Hiilamo 2015, Metteri 2012). Tilanteissa, joissa asiakkaiden palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää useamman kuin yhden osajärjestelmän palveluita, palveluita tarjoavien organisaatioiden rajoille muodostuu yhteisten toimintojen alue (Kiuru & Metteri 2014a).

Artikkelin teoreettisena lähtökohtana on saksalaisen sosiologi Niklas Luhmannin systeemiteoria. Luhmannin systeemiteoriaa ovat suomalaisessa sosiaalityön tutkimuksessa hyödyntäneet muun muassa Erik Arnkil (1992), Kaisa-Elina Kiuru ja Anna Metteri (2014a, 2014b) sekä Arja Kilpeläi-

nen (2016). Kuntoutuksen tutkimuksessa Luhmannin systeemiteoriaa ovat tehneet näkyväksi muun muassa Janne Jalava (2008, 2013), Aila Järvikoski ja Vappu Karjalainen (2008) sekä Jari Lindh (2013). Esimerkiksi Jalava (2008, 2013) on tarkastellut kuntoutusta yhteiskunnallisena osajärjestelmänä sekä yhteiskunnan osajärjestelmien vaikutuksia kuntoutuskumppanuuteen ja kuntoutuspalveluita tarjoavien organisaatioiden toimintaan.

Artikkelin keskeisen käsitteen, ”yhteisten toimintojen alueen” (Kiuru & Metteri 2014a), juuret ovat Jaakko Seikkulan (1987) kehittelemässä rajasysteemi-käsitteessä. Rajasysteemi viittaa asiakkaan ja hänen lähiverkostonsa sekä kuntouttavien tahojen muodostamaan vuorovaikutusjärjestelmään<sup>1</sup>. Yhteisten toimintojen alueen käsitteellä Kiuru ja Metteri (2014a, 166–167) viittaavat sekä organisaatioiden yhteisiin asiakkaisiin että yhteiseen tehtäväalueeseen, jota määritetään yhteistyön ja työnjaon keinoin. Yhteisten toimintojen alue on siis käsitteenä laajempi kuin rajasysteemi, sillä se mahdollistaa pysyvämpien rakenteellisten ja toiminnallisten

<sup>1</sup> Vuorovaikutusjärjestelmän toiminta perustuu osapuolten henkilökohtaiseen läsnäoloon, joka on myös vuorovaikutusjärjestelmän rajanmuodostusperiaate. (Luhmann 1982, 71, Michailakis & Schirmer 2017, 51.)

ten kytkösten syntyminen (ks. esim Brunczel 2010).

Artikkelin tutkimuskysymyksenä on: Minkälaisia kuntoutusta tukevia prosesseja asiakkaiden sektorirajat ylittäviin palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää? Kuntoutusta tukevilla prosesseilla tarkoitetaan organisaatioiden rajat ylittäviä toiminnallisia prosesseja, jotka luovat edellytyksiä asiakkaiden kuntoutusprosessien toteuttamiselle (ks. myös Väyrynen & Lindh 2014). Artikkelin aineistona ovat erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikan kymmenen entisen asiakkaan teemahaastattelut (ks. Palomäki 2013), joiden kuntoutumisen ja työllistymisen vaikeudet ovat pitkäkestoisia ja moniulotteisia. Yhteisten toimintojen alueelle sijoittuvien, kuntoutusta tukevien prosessien paikantamisessa hyödynnän laadullista, teoriaohjaavaa sisällönanalyysejä.

### **Luhmannin systeemitheoria teoreettisena viitekehyksenä**

Luhmannin systeemisen ajattelun juuret voidaan paikantaa yleiseen systeemitheoriaan, jonka sisällä järjestelmät jaetaan perinteisesti teknisiin, biologisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin järjestelmiin. Näistä keskityn artikkelissa sosiaalisiin järjestelmiin ja niiden yhteistoimintaan. Sosiaaliset järjestelmät jakautuvat puolestaan yhteiskunta-, organisaatio- ja vuorovaikutusjärjestelmiin. (Luhmann 1995, Schirmer & Michailakis 2013, Brunczel 2010.) Yhteiskunnan toimintoja toteuttavat useat eri osajärjestelmät, kuten talous, politiikka, juridiikka, terveydenhuolto, kasvatusta ja hoiva (Luhmann 1982 ja 2004, Schirmer & Michailakis 2013).

Jokaisella osajärjestelmällä on oma eron- teon mahdollistava kaksintamissääntönsä (binaarikoodi), kommunikaation välittäjänsä (mediumi) ja ohjelmansa (Luhmann 2004, Linna 2016). Kaksintamissäännöt ilmaisevat vastakohta-asetelmia, jotka auttavat osajärjestelmiä havaitsemaan, kuuluuko jokin kommunikaatiotoiminta osajärjestelmälle vai ei (Luhmann 2004, Brunczel 2010). Esimerkiksi terveydenhuollossa havainnointi tapahtuu diagnoosin (välittäjä) perusteella ja terve/sairas-jaottelun (kaksintamissääntö)

avulla. Ohjelmia voidaan luonnehtia oikean käyttäytymisen kriteereiksi tai oikean toiminnan ehdoiksi, jotka ovat alisteisia kaksintamissäännöille. Järjestelmä voi vaihtaa ohjelmarakenteita menettämättä kaksintamissäännön luomaa identiteettiään. (Luhmann 2004.)

Osajärjestelmät yrittävät hallita lisääntyvää monimutkaisuutta toiminnallisen eriytymisen keinoin (Arnkil 1992, Seikkula 1991, Seikkula & Arnkil 2009, Seikkula ym. 2003, Luhmann 1995) eli jakamalla kokonaisuuden osiin ja yrittämällä hallita osia erikseen. Mitä pidemmälle järjestelmät professionieen eriytyvät ja mitä suvereenimmiksi ne tulevat tulkintakoodistonsa käytössä, sitä enemmän ne menettävät mahdollisuuksia kommunikoida keskenään (Arnkil 2005, Seikkula ym. 2003). Jokainen toiminnallisesti eriytynyt osajärjestelmä, esimerkiksi terveydenhuolto, voidaan kytkeä toisten kanssa, ja joidenkin osajärjestelmien välillä voi olla rakenteellisesti kytkeä (esimerkiksi sopimuksia, maksusuoksia, veroja) kuin toisten. Rakenteellisen kytkennän ohella osajärjestelmien välillä voi olla toiminnallista kytkeä eli operaatioiden siirtymiä tai jonkin operaation hoitamista yhdessä, sillä osajärjestelmät koostuvat samanlaisista toimista eli viestinnästä. Osajärjestelmien väliset toiminnalliset kytkennät ovat mahdollisia ainoastaan organisaatioissa. Useimmiten organisaatiot toimivat osajärjestelmien sisällä ja niillä on osajärjestelmiin viittaavia nimiä, kuten sairaala tai terveyskeskus. (Brunczel 2010.)

Organisaatioista on lisääntyvässä määrin tullut polyfonisia, jolloin useat äänet tai koodit ovat vallalla yhtä aikaa eli organisaation työskentely perustuu eri osajärjestelmien edustajien yhteiseen toimintaan sekä organisaation sisä- että ulkopuolella (Andersen 2003, Jalava 2008 ja 2013, Villadsen 2008). Ammattilaisten kohtaamisissa keskinäisten suhteiden määrittely tapahtuu asiakasasiaä käsiteltäessä, mikä ei suinkaan ole ongelmatonta. Koska osajärjestelmiä edustavat ammattilaiset havainnoivat asiakkaan tilannetta eri tavoin, kaikkia osapuolia yhdistävän näkemyksen saavuttaminen ei automaattisesti onnistu. (Seikkula & Arnkil 2009.) Vaikka systeemien näkökulmia ei voi-

da vaihtaa keskenään, terveydenhuoltojärjestelmän puitteissa, sairaalaorganisaation sisällä ja asiakkaiden ja ammattilaisten kohtaamisissa (eli vuorovaikutusjärjestelmissä) voidaan löytää uusia toimintavaihtoehtoja. (Emt., Arnkil 1991.)

Kuntoutustutkimus lääkinnällisen kuntoutuksen toimenpiteenä yhdistää asiakkaan ja hänen lähipiirinsä, sairaalaorganisaation ja sen toiminnallisesti eriytyneet yksiköt sekä muita julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita. Artikkelissa selvitän asiakkaiden kokemuksia ja toiveita kuntouttavien tahojen yhteistyöstä, ja analyysin myötä päättelen, minkälaisia kuntoutusta tukevia prosesseja yhteisten toimintojen alueelle paitautuu.

### **Tutkimusasetelma**

Artikkelin aineistona ovat erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikan kymmenen entisen asiakkaan teemahaastattelut (kerätty 12/2010–2/2011). Haastatteluaineistoa kertyi 15,5 tuntia ja litteroituja sivuja oli 229 (1,5 rivivälillä). Ennen aineiston keräämistä tutkimukselle on haettu sairaalan eettisen toimikunnan puoltava lausunto (18.1.2010). Vaikka aineiston keräämisestä on aikaa ja se koostuu kymmenen haastateltavan näytteestä, asiakkaiden palvelutarpeisiin vastaamisen haasteet ovat edelleen ajankohtaisia (ks. esim. Haukka-Wacklin 2016, Kauppinen-Perttula 2017), mikä on motivoinut artikkelin kirjoittamiseen.

Olen käsitellyt aineistoa aiemmin asiakkaiden osallisuuden näkökulmasta. Haastatteluteemoina olivat kuntoutustutkimuksen käynnistyminen, prosessin eteneminen, odotukset/kuntoutusmotivaatio, osallisuuden kokemukset prosessin aikana ja kuntoutussuunnitelman laadinnassa sekä palaute ja kehittämisohdotukset. Pitkäkestoisien ja moniulotteisen problematiikan myötä haastateltavien elämään on kytkeytynyt useita toimijoita yhteiskunnan eri osajärjestelmistä. Yleiskuvan saamiseksi kuntouttavien tahojen yhteistoiminnasta jaottelin haastateltavien kuntoutukseen osallistuneet tahot sairaalaorganisaation sisäisiin ja ulkoisiin toimijoihin.

Aineiston analyysimenetelmänä hyödynnän teoriaohjaavaa laadullista sisällönanalyysia (Tuomi & Sarajärvi 2009). Ensin ensin aineistosta haastateltavien kuvauksia ja toiveita ammattilaisten ja/tai instituutioiden välisestä yhteistyöstä. Tämän jälkeen ryhmittelin aineisto-otteet sisällön mukaan neljäksi eri palvelutarpeeksi, joihin vastaaminen haastateltavien arvion mukaan edellyttää organisaatioiden tai eri alan ammattilaisten yhteistoimintaa (ks. myös Väyrynen & Lindh 2014). Useimmiten organisaatioiden yhteistoimintaa edellyttävät palvelutarpeet löytyivät aineistosta negaation kautta eli kriittisinä palvelukokemuksina. Käytän ammattilaisten ja organisaatioiden yhteistoimintaa edellyttävistä palvelutarpeista käsitettä kuntoutusta tukeva prosessi, sillä kyse on asiakkaiden yksilöllisten kuntoutusprosessien rinnalla kulkevista ja niitä tukevista prosesseista. Lopuksi pohdin, miten osajärjestelmien erilaiset tavat havainnoida ja käsitteellistää asiakkaan tilannetta hankaloittavat kuntoutusta tukevien prosessien toimintaa ja koko kuntoutusprosessin etenemistä.

Kahdeksan haastateltavaa oli käyttänyt erikoissairaanhoidon palveluita ennen kuntoutustutkimuksen käynnistymistä. Haastatteluhetkellä he olivat asioineet kolmessa toista toimipisteessä kuudella vastuualueella. Erikoissairaanhoidon palveluita eniten käyttänyt haastateltava oli asioinut kuudessa toimipisteessä, viidellä vastuualueella. Keskeisin yhteistyökumppani sairaalaorganisaation sisällä oli aikuispsykiatrian vastuualue, jossa oli asioinut kuusi haastateltavaa. Puolet haastateltavista lähetettiin psykiatrin arvioon kuntoutustutkimuksen aikana. Kahdella haastateltavalla oli psykiatrinen hoitosuhde ennen kuntoutustutkimuksen käynnistymistä ja viidellä kuntoutustutkimuksen jälkeen. Viisi haastateltavaa asioi neuroalojen ja kuntoutuksen vastuualueen muissa toimipisteissä kuntoutustutkimuspoliklinikan lisäksi. Lisäksi kolme haastateltavaa asioi tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja kaksi sisätautien vastuualueilla.

Kaikkien haastateltavien kuntoutustarpeeseen vastaaminen oli edellyttänyt kunnallisen palvelutuotannon lisäksi sosiaalivaikutuksesta huolehtivan tahon rahoitusvas-

tuuta. Yleisimmät sosiaalivakuutuksesta vastanneet tahot olivat Kansaneläkelaitos (9/10) ja työeläkevakuutusyhtiöt (8/10). Kuuden haastateltavan ammatillisen kuntoutuksen palvelut toteutettiin pääsääntöisesti työnantajan ja työterveyshuollon yhteistyönä. Kolmen haastateltavan työeläkevakuutusyhtiöt antoivat maksusitoumuksen yksityisten ammatillisten kuntoutuspalveluiden käyttöä varten. Kaksi eniten sairaalaorganisaation ulkoisia palveluita käyttäneistä haastateltavista oli asioinut yhdentoista eri tahon kanssa. Eniten sairaalaorganisaation sisäisiä ja ulkoisia palveluita käyttänyt haastateltava oli asioinut 17 tahon kanssa. Yhteensä haastateltavat olivat käyttäneet kuntoutustutkimuspoliklinikan lisäksi 13 yksikön palveluita sairaalaorganisaation sisällä ja 24 yksikön palveluita organisaation ulkopuolella. Yhteistyötahoja voi olla sairaalan ulkopuolella enemmänkin, sillä en tiedustellut haastateltavilta sairaalan ulkopuolisista toimijoista.

### Kuntoutusta tukevat prosessit yhteisten toimintojen alueella

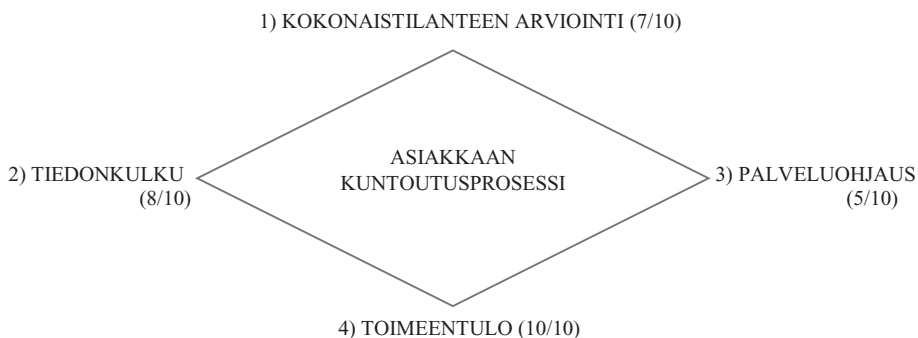
Analyysin myötä yhteisten toimintojen alueelle paikantuu neljä kuntoutusta tukevaa prosessia: kokonaistilanteen arviointi, tiedonkulku, palveluohjaus ja toimeentulon turvaaminen, jotka olen koonnut kuvioon 1 ja joita käsittelen kuvion osoittamassa järjestyksessä. Aineisto-otteissa T tarkoittaa tutkijaa ja H haastateltavaa. Haastateltavat (n = 10) on yksilöity merkinnoilla H1 - H10. Suorat haastattelulainaukset on erotettu muusta tekstistä lainausmerkeillä (").

### Kokonaistilanteen arviointi

Erikoissairaanhoidon ei yleensä ole terveydenhuollossa asioivan henkilön ensisijainen hoitava taho, ja kohtaamiset erikoissairaanhoidossa ovat pääsääntöisesti määräaikaista ja lyhytkestoista. Myös kuntoutustutkimuspoliklinikalla asiakkaille kerrotaan poliklinikan tutkimuksellisesta luonteesta ja kontaktin määräaikaaisuudesta.

Seitsemän haastateltavaa kaipasi kokonaistilanteen arviointia, vaikka sisällöllisesti sillä tarkoitettiin eri asioita, kuten asiakkaan elämäntilanteen, olosuhteiden ja tarpeiden huomioimista, hoitavien tahojen yhteistyötä, moniammatillisen tiimin työskentelyä ja asiakkaan sosiaalisen verkoston osallistumista kuntoutusprosessiin. Yhden haastateltavan (H3) kokemus kokonaistilanteen arvioinnin puutteesta läpäisi koko haastattelun. Ammatillisen kuntoutuksen edellytysten arvioimiseksi oli tehty psykologin tutkimukset, joita haastateltava kritisoi vahvasti. Hän koki, että työnantaja ja työtoverit olisivat pystyneet arvioimaan paremmin työn arkea ja sujuvuutta. Erilaisista kysymyksenasetteluista huolimatta hän palasi uudelleen samaan aihepiiriin ja kritisoi sitä, että yksittäiseen kohtaamiseen perustuva arvio saa liian suuren painoarvon kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa. Hän kertoi käyneensä viikoittain keskustelukäynnillä mielenterveystoimistossa ja totesi, että pitkään asiakasta hoitanutta tahoa "kannattaisi kuunnella aika tarkkaan".

Hänen näkemyksensä tiivistyi ajatuksen, että yksittäinen ammatilainen "ei pysty antamaan täydellistä arviota" asiakkaan tilanteesta. Työkyvynarvioinnin tulisi pe-



Kuvio 1. Kuntoutusta tukevat prosessit yhteisten toimintojen alueella.



rustua ammattilaisten yhteiseen arviointiin, ”kaikesta keräten”. Kun useampia ammattilaisia on läsnä heti kuntoutustutkimusprosessin alussa, se viestii asiakkaalle, että hänen tilanteeseensa suhtaudutaan ”vakavasti”. Vakavasti otetuksi tuleminen ei ole ”pieni viesti” kuntoutujalle, joka ”yrittää etsiä tietä takaisin töihin.”

Toinen haastateltava (H8) koki, että kuntoutustutkimuspoliklinikan käynnit olivat ”kaikki hajallaan siellä täällä ja kokonaisuutta oli vaikea hahmottaa”. Yhteisvastaanottoihin siirtymiseen myös hän suhtautui myönteisesti.

T: Siellä alkaa nyt useimmiten tämmöisellä yhteistapaamisella kuntoutustutkimus.

H: Ehkä tommosta jotain olisin kaivannut siihen, että olisi ollut montaa eri näkökulmaa eikä vaan mennä sen ensimmäisen ohjeistuksen mukaan. (H8)

Yhteisvastaanotoissa jo tutkimusten suunnittelu perustuu eri alan ammattilaisten yhteiseen näkemykseen eikä yhden lääkärin arviointiin ja arviointikäynnin perusteella tehtyihin konsultaatiopyyntöihin. Eri näkökulmien yhteensovittaminen herätti haastateltavassa luottamusta ja lisäsi prosessin uskottavuutta.

Aivoverenvuodon viisi vuotta ennen haastatteluajankohtaa saanut haastateltava (H6) oli akuuttihoidon jälkeen siirtynyt kaupungin sairaalaan kuntoutuspuolelle. Haastattelun alussa tiedustelin haastateltavalta, mistä lähete kuntoutustutkimuspoliklinikalle oli tehty.

H: En kyllä tiedä (...)

T: Yleensä se, missä on kaikkein eniten asioinut, missä tunnetaan parhaiten ja missä ruvetaan miettimään työhön paluu asioita.

H: Musta tuntuu, että kukaan ei tuntenut, mutta kaikki tiesi ehkä vähän. (H6)

Haastattelijana oletin, että lähettävä taho tietää haastateltavan tilanteesta eniten, mutta haastateltavan kokemus oli toinen: ”kukaan ei tuntenut, mutta kaikki tiesi ehkä vähän”. Toisin sanoen yhden hoitavan tahon arviointi ei riittäisi kokonaiskuvan saamiseen haastateltavan tilanteesta. Hoitotiivistelmistä ja -yhteenvedoista saadaan täsmennystä kokonaistilanteen arviointiin, mutta ilman

eri tahojen näkemysten kuulemista kokonaisuus ei hahmotu parhaalla mahdollisella tavalla. Yhteistä haastateltavien kuvauksissa oli se, että eri osajärjestelmiä edustavat organisaatiot ja ammattilaiset havainnoivat ja tulkitsevat asiakkaan tilannetta eri tavoin. Erityisen kriittisiä kohtia näyttävät olevan kuntoutustutkimuksen aloitus ja lopetus, ja tällöin vuorovaikutusjärjestelmän eli asiakkaan ja ammattilaisten yhteisten tapaamisten kokoonpanoon tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Jos kuntoutustutkimuksen tai kuntoutussuunnitelman sisältö perustuivat liikaa yhden ammattilaisen havaintoihin ja/tai hallitsevaan rooliin päätöksenteossa, lopputulos ei tyydyttänyt haastateltavia.

### *Tiedonkulku*

Tiedonkulku osoittautui pulmalliseksi terveydenhuollon tasojen välillä, erikoissairaanhoidon sisäisten ja ulkoisten yhteistyötahojen kesken, sekä työntekijöiden keskinäisissä että asiakkaiden ja työntekijöiden välisissä kohtaamisissa. Tiedonkulkuun liittyvät ongelmat näkyvät myös kuntoutusprosessin eri vaiheissa.

Asiakas voi kokea epävarmuutta tiedonkulusta ja epäluottamusta työntekijöitä kohtaan, jos ammattilaisten kohtaamiset jäävät toisistaan irrallisiksi eivätkä käsitellyt asiat muodosta loogista kokonaisuutta.

H: Sosiaalityöntekijän kanssa käytiin läpi niitä asioita. Mutta ne ei sitten taas tulleet sen lääkärin tapaamisessa toista kertaa vastaan. En saanut (...) vastakaikua, palautetta siihen, että oliko papereihin kirjatut asiat menneet perille vai oliko ne ohitettu. (H9)

Aineisto-otteesta on pääteltävissä, että sosiaalityöntekijä kirjasi haastateltavan (H9) sairauskertomukseen tämän kertomat asiat. Koska lääkärinvastaanotolla ei enää palattu aiemmin käytyyn keskusteluun, haastateltava ei tiedä, onko tiedonkulku epäonnistunut vai onko lääkäri tietoisesti ”ohittanut” hänen kertomansa asiat.

Tiedonkulun epäonnistuminen näkyi muun muassa haastateltavien epätietoisuutena kuntoutustutkimuspoliklinikalle lähettämisen syistä ja poliklinikan toimintakäy-

tännöistä: ”Ei mulla ollut kyllä hajuakaan, että mihinkä olen menossa” (H10). Sama kokemus oli kolmella muullakin haastateltavalla. Haastateltava sai leikkaukselta lääkäriltä erikoissairaanhoidosta lähetteen kuntoutustutkimukseen, koska hän ei toipunut leikkauksesta toivotulla tavalla. Vaikka leikkaustoimenpide ja kuntoutustutkimus toteutuivat samassa sairaalassa, tiedonkulku epäonnistui eikä haastateltava tiennyt, ”minne hän oli menossa” eli tiedonkulun ongelmat olivat organisaation sisäisiä.

Kuntoutustutkimuksen etenemisestä keskustelu saa haastateltavan (H10) muistelemaan aikaisempia tiedonkulun haasteita. Haastateltava palaa kuntoutustutkimusta edeltävään tilanteeseen, jossa hän odotti pääsyä leikkaukseen. Kiputilanteiden pahenemisen varalle leikkaava lääkäri oli ohjeistanut haastateltavaa ottamaan yhteyttä omalääkäriin vahvempien kipulääkkeiden saamiseksi. Tieto haastateltavan leikkausjonnassa olemisesta ja lääkityksen ohjeistuksesta ei ollut kulkeutunut erikoissairaanhoidosta omalääkärille: ”Omalääkäri sanoi mulle, että mitä mun tykö tulit?” Koska haastateltavalla oli sairausloma-aikanaan työsuhde voimassa, omalääkäri oletti, että hänen tulisi hakeutua työterveyslääkärin vastaanotolle, jota haastateltavalla ei ollut. Tiedonkulussa sattuneet väärinymmärrykset saivat haastateltavan kokemaan olonsa turvattomaksi: ”heittopussiksi”, jonka terveydentila ei ollut kenenkään vastuulla.

Kahdeksan haastateltavan kokemukset tiedonkulun ongelmista olisi voitu estää paitsi ammattilaisen avoimmella tiedottamisella, myös haastateltavien aktiivisemmalla tiedustelulla epäselviksi jääneistä asioista. Eräs haastateltavista toivoi ”yhtä ainoaa puhelinnumeroa, kuntoutusasioiden kuumaa linjaa”, josta voisi tiedustella epäselviä asioita (aiheesta Ruotsalainen 2003, 106). Vaikka asiakkaan tilannetta havainnoidaan saman kaksintamissäännön perusteella, esimerkiksi terveydenhuollossa terve/sairas-jaotuksen perusteella, se ei silti estä tiedonkulussa tapahtuvia katkoksia. Osittain syynä on terveydenhuoltojärjestelmän sisäinen erilaistuminen ja sen myötä ammattilaisten erityisosaamiseen perustuvan havainnoinnin

kohdistuminen entistä pienempiin osa-alueisiin, esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksien diagnosointiin. Aineistosta on nähtävissä myös moniammatillisuuden mukanaan tuomat polyfonisuuden haasteet, kuten sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden erilainen havainnointikoodisto ja erilaiset kommunikointitavat sekä ammattilaisten hankaludet havaita ja reagoida eri osajärjestelmien edustajien viesteihin niin, että kuntoutustutkimuksesta muodostuisi loogisesti etenevä kokonaisuus.

### *Palveluohjaus*

Kahdella haastateltavalla päihdeongelmat olivat merkittävä työkykyisyyteen vaikuttava asia. Lisäksi yhdellä haastateltavista havaittiin lääkeaineriippuvuus, jonka hoito oli ensisijaista ennen työkyvynarviointia ja työhön paluun suunnittelua.

Työkyvynarvioinnin aikana tuli esille haastateltavan (H2) päihteidenkäyttö, ja hänelle suositeltiin A-klinikan palveluita päihteidenkäytön hallintaan saamiseksi. Haastateltava olisi kaivannut apua A-klinikalle lähtemiseen. Sisätautilääkäri oli tietoinen suositellusta A-klinikkakontaktista ja vastaanoton aikana hän ”vitsaili” haastateltavalle työntekijän saapumisesta ”oven taakse hakemaan”, mikä olisi haastateltavan mielestä voinut ratkaista päihdehoidon toteuttamisen. A-klinikalle hakeutuminen haluttiin varmistaa jälkikäteen, ja haastateltavalta tiedusteltiin puhelimitse, onko hän toiminut suosituksen mukaisesti. Konkreettinen ajanvarauksen tekeminen jätettiin kuitenkin haastateltavan vastuulle, mutta hän ei ollut siihen vielä kykenevä.

Haastattelun aikana haastateltava toivoi useita kertoja konkreettista saattamista päihdepalveluiden piiriin ja ehdotti myös pakko-hoitokriteereiden lieventämistä, mikä vahvistaa sitä, että asia oli hänelle merkittävä. Erikoissairaanhoidossa oli tiedostettu, että haastateltavalla on tuen tarvetta päihdehoitoon hakeutumisessa. Tähän viittaa sisätautilääkärin ”vitsi” kotiovelle saapuvasta työntekijästä ja kuntoutustutkimuspoliklinikalta toteutettu varmistussoitto, jonka tarkoituksena oli kontrolloida haastateltavan tekemi-

siä jälkeenpäin. Yhden kontrollisoiton jälkeen asiaan ei enää palattu, eikä asiakkaan päihdekuntoutus käynnistynyt. Haastateltava jäi vaille tarvitsemaansa palveluohjausta, kun hän oli vielä "saamaton" ja olisi tarvinnut jonkun "kulkemaan perässä".

Yhdellä haastateltavista (H4) oli jo vuosien ajan ollut kolmannen sektorin hanketyön kautta palveluohjaaja asumisen, päihteidenkäytön, työllistymisen ja toimeentulon haasteiden vuoksi.

T: Tapaatteko te joka viikko?

H: No, aika lailla ja sitten muutenkin. (...) Voin sille soittaa esimerkiksi, jos mulle tulee joku Kelan paperi. En tiedä, mitä mä teen sille, miten mä sen täytän. Se sanoo, että miten mä sen täytän tai voin mennä sen luokse täyttämään sen, mikä on mun mielestä hyvä. Eihän niistä tuliskaan yhtään mitään. (H4)

Hän tapasi "tukihenkilöään" viikoittain ja aina tarvittaessa. Suhde työntekijään kuvautui luottamuksellisena ja haastateltava antoi tunnustusta tukihenkilönsä työpanokselle "en varmaan olisi päässyt ilman sitä näin pitkälle". Haastateltavalla oli ollut vuosia myös psykiatrinen hoitosuhde, päihteidenkäyttöön liittyvät säännölliset kontrollikäynnit ja kolmannen sektorin palveluntuottajan kautta saatu työelämävalmennuspaikka. Erityisen tuen tarvetta haastateltavalla oli ollut jo koulunkäynnin alkumetreiltä asti ja oli edelleen eri elämäalueilla.

Edellisten lisäksi kolmella haastateltavalla oli ilmeinen palveluohjauksen tarve, joka oli jäänyt huomioimatta ennen kuntoutustutkimuksen käynnistymistä. Kuntoutustutkimuksen ajan haastateltavilla oli tiivis, palveluohjauksellinen suhde poliklinikan sosiaalityöntekijän kanssa. Haastateltavien kuvaukset sosiaalityöntekijän ominaisuuksista – "ihana ihminen", "kaikista positiivisin" – ja huolenpitotarpeeseen vastaamisesta – "jaksoi pitää huolta", "oli potilaan tuki ja turva" – kertovat paitsi kohtaamisen merkityksestä, myös palveluohjauksen tarpeesta.

Palveluohjauksen tarvetta esiintyi erityisesti niillä haastateltavilla, joilla oli kontakteja useiden eri osajärjestelmien edustajiin samanaikaisesti, mutta ei kykyä tai voimavaroja ymmärtää osajärjestelmien toi-

mintasääntöjä. Useimmiten osajärjestelmien edustajat eivät myöskään kommunikoineet keskenään, eikä asiakkaan tilanteen edellyttämää toiminnallista kytköstä syntynyt minään organisaation puitteissa.

### *Toimeentulon turvaaminen*

Kaikki haastateltavat puhuivat pitkittyneeseen työkyvyttömyyteen kytkeytyvästä toimeentulon turvaamisen tarpeesta ja siihen liittyvistä hankaluuksista. Hankaluuksia aiheuttivat muun muassa lausuntojen myöhästyminen terveydenhuollossa ja tiedonkulun ongelmat sosiaalivakuutuksesta vastaavien tahojen välillä.

Yksi haastateltava (H3) oli ollut vuosia poissa työelämästä, ja tutuiksi olivat tulleet etuuspäätösten väliset rahattomat jaksot. Etuuden maksamiseen liittyvä katkos johtuu haastateltavan mukaan työterveyslääkäristä, joka lähettää lääkärinlausunnon "aina liian myöhään". Haastateltavan toteamus "aina liian myöhään ja aina muutaman kuukauden ilman rahaa" viittaa tietyn tilanteen toistumiseen. Toimeentulo on haastateltavan mukaan kunnossa, koska rahattomat jaksot on "eletty vanhempien rahoilla, joilla ei ole kauhean tiukkaa".

Myöhemmin haastateltava kertoo toisen syyn etuuspäätösten viivästymiselle.

H: Onneksi soitin Kelaan, jonka päätöksiä Potilasvakuutuskeskus odottaa ja sain kuulla, että eläkevakuutusyhtiö ei ole lähettänyt ollenkaan minun papereitani sinne. (...) Joskus toivoisi, että siellä nähtäis asioiden taakse. Nähtäis, että jollakulla ei ole rahaa ostaa ruokaa sen takia, että päätöstä ei tehdä. (H3)

Kun etuuspäätökseen tarvitaan tietoja useammalta sosiaalivakuutusta maksavalta taholta, päätökset viivästyvät ja todennäköisyys sille, että joku taho jättää päätöksensä tekemättä, kasvaa. Haastateltavan (H3) tapauksessa Kansaneläkelaitos (Kela) ei voinut tehdä päätöstään ennen kuin työeläkevakuutusyhtiö lähettää häntä koskevat tiedot. Potilasvakuutuskeskus oli tehnyt myönteisen korvauspäätöksen haastateltavan asiassa, mutta maksuunpano edellytti Kelan ja työeläkevakuutusyhtiön tietojen saamista.

Etuuden saaminen olisi ilman haastateltavan yhteydenottoa myöhästynyt entisestään. Haastateltava toivoi, että sosiaalivakuutuksesta vastaavat tahot ymmärtäisivät, että etuuspäätösten viivästyminen voi estää yksilön perustarpeiden tyydyttämisen.

Toinen haastateltava (H5) kertoi tilanteesta, jossa oli neljän kuukauden ajan ilman rahaa, koska sosiaalivakuutuksesta vastaavat tahot eivät katsoneet olevansa korvausvelvollisia työkyvyttömyysajalla. Tapaturmavakuutusyhtiön mukaan krooninen kipuoireyhtymä ei ollut riittävä peruste maksaa ansionmenetykskorvausta työkyvyttömyysajalta, vaikka haastateltava odotti pääsyä viimeiseen leikkaukseen. Myös Kela kieltäytyi ensin maksamasta sairauspäivärahaa, koska kyseessä oli tapaturma, ja korvauksen maksaminen kuului Kelan mukaan tapaturmavakuutusyhtiölle. Haastateltava valitti kielteisistä päätöksistä ja sai lopulta Kelalta sairauspäivärahaa kahden kuukauden ajalta. Haastateltava koki tilanteen kohutuuttomana (aiheesta Metteri 2012), koska neljän kuukauden rahattomuuden lisäksi tapaturmavakuutusyhtiö mitätöi kroonisen kipuoireyhtymän ja leikkausjonossa olemisen, ja hänestä tehtiin täysin työkykyinen ”yhdessä yössä”.

Neljä vuotta sairauslomalla ollut haastateltava (H7) kertoi irtisanomistilanteesta, joka johti ”taisteluun toimeentulosta”. Ennen irtisanomispäätöstä työterveyslääkäri oli todennut haastateltavan työkyvyttömäksi ”silloiseen työtehtäväänsä ja mihin tahansa työhön”. Työterveyslääkärin kannanotosta huolimatta työeläkevakuutusyhtiö antoi kielteiset päätökset sekä määräaikaiseen että pysyvään työkyvyttömyyseläkkeeseen. Haastateltava koki raskaaksi paitsi sairastamisen ja työpaikan menetyksen, myös ”taistelun toimeentulosta”, joka vei ”hirveesti voimavaroja”. Haastateltavan tukena oli puoliso, joka auttoi hakemusten tekemisessä ja osallistui hoitoon. Lopulta pitkittynyt työkyvyttömyys johti tilanteeseen, jossa haastateltava oli ”erakoitunut kotiin”.

Monelle haastateltavalle etuusasioiden viidakko oli tullut täytenä yllätyksenä, johon he eivät olleet osanneet varautua. Haastateltava (H10) totesi, että ihmiset eivät tiedä

etuusasioiden hakemisesta mitään: ”ei tiedä, mitä kuulu hakea, mistä haetaan ja kuinka haetaan”. Lisäksi sairaus ja kivut vievät henkisiä voimavaroja hoitaa omia asioita: ”ei jaksa hoitaa” ja ”pipo on kireällä”. Kun sosiaalivakuutusta maksavilta tahoilta tulee vielä kielteisiä päätöksiä: ”ette ole oikeutettu siihen ja tähän ja tohon”, tilanne tuntuu ”kaoottiselta”.

Osajärjestelmät eivät voi toimia toistensa puolesta mutta ovat riippuvaisia toistensa toiminnasta. Yhden osajärjestelmän toiminnalliset katkokset heijastuvatkin nopeasti muiden osajärjestelmien toimintaan (esim. Luhmann 2004). Kuntoutusta tukevien prosessien toimivuus, kuten toimeentulon turvaaminen, edellyttää sitä, että eri osajärjestelmien edustajat tekevät oman osuutensa: esimerkiksi terveydenhuoltojärjestelmässä lääkäri arvioi asiakkaan tilanteen ja laatii lääkärinlausunnon ajoissa, ja etuusasian käsittely etenee sosiaalivakuutuksesta vastaavien tahojen välillä ilman tiedonkulun katkoksia. Mikäli jokin osajärjestelmä ei toimi odotetulla tavalla, se vaikuttaa väistämättä muiden osajärjestelmien toimintaan. Kielteisistä etuuspäätöksistä on myös nähtävissä, että saman ammatin edustajat, esimerkiksi sosiaalivakuutusjärjestelmän asiantuntijalääkäri ja terveydenhuoltojärjestelmän hoitava lääkäri, voivat arvioida asiakkaan tilanteen eri tavoin.

Taulukon 1 ensimmäiseen sarakkeeseen olen koonnut kuntoutusta tukevat prosessit ja toiseen niitä kuvaavat suorat haastattelulainaukset.

## Tulosten yhteenveto

Kuntoutusta tukevat prosessit – kokonaistilanteen arviointi, tiedonkulku, palveluohjaus ja toimeentulon turvaaminen – kulkevat mukana koko asiakkaan kuntoutustarpeen ajan, ja näihin palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää kuntouttavien tahojen yhteistyötä.

Haastateltavat toivoivat moniammatillista näkökulmaa jo kuntoutustutkimuksen alkuvaiheeseen, ja eri alojen ammattilaisten yhteisvastaanottoon suhtauduttiin myönteisemmin kuin yksittäisten ammattilaisten kohtaamiin. Pääasiallisen hoitavan tahon

Taulukko 1. Kuntoutusta tukevien prosessien sisällön kuvaus.

KUNTOUTUSTA TUKEVAT PROSESSIT	SISÄLLÖN KUVAUS (suorina lainauksina)
KOKONAISTILANTEEN ARVIOINTI (7/10)	<p>”Asiantuntijat ja potilas saa paremmin ja samanlaisen tiedon kaikki kerralla”</p> <p>”Monta eri näkökulmaa ohjeistamaan”</p> <p>”Arvio löytyy kaikesta keräten”</p> <p>”Kaikki olosuhteet huomioon”</p> <p>”Yhteistyö niitten kaikkien, jotka ovat henkilöä hoitaneet”</p> <p>”Kokonaisvaltaisesti huomioon mun tarpeet”</p> <p>”Kartoitettiin kokonaisuutena”</p>
TIEDONKULKU (8/10)	<p>”Kun monesta instanssista tulee (rahaa), se aiheuttaa ongelmia”</p> <p>”Selvisi, että närästyslääke moninkertaistaa mielialalääkkeen vaikutuksen” (lääkkeet määrätty eri paikoissa)</p> <p>”Mulle oli epäselvää olenko kaupungin asiakas vai TAYS:n”</p> <p>”En tiedä onko kirurgi keskustellut fysiatriin taikka kipulääkärin kanssa”</p> <p>”En saanut lääkärin puheesta mitään käsitystä”</p> <p>”Oliko papereihin kirjatut asiat menneet perille vai oliko ne ohitettu”</p> <p>”Olisi pitänyt saada infoa ennen kuin tehdään elämäni koskeva päätös” (kuntoutussuunnitelma)</p> <p>”Ei mulla ollut kyllä hajuakaan, että mihinkä olen menossa” (lähetteen sisältö)</p>
PALVELUOHJAUS (5/10)	<p>”On mulla tukihenkilö projektin kautta”</p> <p>”Sieltä (yksityinen palveluntuottaja) opastettiin ja neuvottiin mitä papereita pitää minnekäkin laittaa ja täyttää”</p> <p>”Tulee joku aamu soittamaan oven taakse, että nyt lähdetään” (toive)</p> <p>”Lupasi ja auttoi kaikissa, selvitti asioita, koko prosessia ja sosiaalipuolen asioita”</p> <p>”Todella kultanarvoinen, neuvoi monessa”</p>
TOIMEENTULON TURVAAMINEN (10/10)	<p>”Pääsisi työvoimatoimiston riesasta, kun olisi eläkkeellä”</p> <p>”Ei olisi ollut enää maksajaa, kun (työeläkevakuutusyhtiö) eväsi” (etuuden)</p> <p>”Oon aina muutaman kuukauden ilman rahaa”</p> <p>”Sain edes asunnon” (tuettu asuminen)</p> <p>”En saanut mistään rahaa 4 kk:een”</p> <p>”En saanut sitä vammaistukea”</p> <p>”Saisi jostain vähän rahaa toimeentuloon”</p> <p>”Taloudellisesti se on ihan mahdotonta”</p> <p>”Puhutaan vuosista osakuntoutustuella”</p> <p>”Yksinhuoltajana, rahaa on vain tultava”</p>

ja asiakkaille merkityksellisten sidosryhmien kuuleminen nähtiin tärkeänä kuntoutusprosessin eri vaiheissa.

Tiedonkulun ongelmia esiintyi sekä asiakkaiden ja ammattilaisten välisissä että ammattilaisten keskinäisissä suhteissa sairaalaorganisaation sisällä ja jopa samassa toimipisteessä, organisaatioiden välisessä kanssakäymisessä sekä sosiaalivakuutuksesta vastaavien tahojen välillä. Kun tieto ei kulje, asiakas kokee olonsa turvattomaksi. Haastateltavat kohtasivat tilanteita, joissa mikään taho ei tunnistanut olevansa vastuussa kuntoutusprosessin etenemisestä ja rahoittamisesta tai vastuuta kannettiin vain tietyn ajanjakson ajan, minkä jälkeen haastateltavat eivät tienneet, keneen pitäisi olla yhteydessä ja kuka heidän hoidostaan vastaa.

Aineiston perusteella palveluohjaustarpeen tunnistaminen ja siihen vastaaminen osoittautuivat puutteellisiksi. Ainoastaan yksi haastateltavista oli palveluohjaukseksi luokiteltavan toiminnan piirissä, ja hänen erityinen tuen tarpeensa oli havaittu jo alakouluikäisenä. Palveluohjauksen tarvetta oli puolella haastateltavista, erityisesti päihde- ja/tai lääkeriippuvuudesta kärsineillä kolmella haastateltavalla. Kahdella palveluohjausta tarvitsevalla haastateltavalla oli selvästi muita enemmän kuntoutuksesta vastaavia tahoja, mikä näyttää lisäävän palveluohjaustarvetta.

Kaikki haastateltavat nostivat esiin toimeentulon kysymykset, ja talous oli monen elämässä suuri epävarmuustekijä terveydentilan lisäksi. Erityisen haasteellisia olivat tilanteet, joissa haastateltavien toimeentulo

koostui useamman sosiaalivakuutuksesta vastaavan tahon rahoituksesta ja nämä tahot vetäytyivät etuuksien maksusta. Toimeentulon merkitys korostui yhden aikuisen talouksissa, erityisesti jos työhön palaaminen ei ollut toteutunut suunnitellusti.

## Johtopäätökset

Kun asiakasta hoitavat ja kuntouttavat tai sosiaalivakuutuksesta vastaavat useat tahot, voidaan puhua monialaisista palvelutarpeista (Järvikoski ym. 2008, Katisko ym. 2014, Kuure & Lidman 2014, Leppämäki 2012, Lybeck & Wallden 2011, Sosiaalihuoltolaki 1301/2014). Niihin vastaaminen edellyttää monitoimijaista yhteistyötä. Monialaisista palvelutarpeista keskusteltaessa korostetaan samalla yksilön omaa vastuuta eri osajärjestelmissä talouskuripolitiikan mukaisesti (ks. esim. Saarinen ym. 2014, Valokivi 2008). Esimerkiksi työttömien aktivointivelvoitteita kiristetään ja etuuksien vastikkeellisuutta lisätään. Sipilän hallitusohjelmassa luvataan tukea eri-ikäisten ihmisten vastuuta omasta terveydentilastaan ja elämäntavoistaan sekä huomioida osatyökykyisten henkilöiden lisääntynyt palveluohjauksen tarve (Ratkaisujen Suomi 2015). Systeemitoreettisesti ilmaisten poliittinen järjestelmä uudelleenorganisoi hyvinvoinnin voimavarojen jakamista muokkaamalla ihmisten oikeuksia ja velvollisuuksia (Michailakis & Schirmer 2010). Osallisuuden ehdollistamisen myötä ihmiset ajautuvat yhä enemmän järjestelmien ulkopuolelle (Schirmer & Michailakis 2012).

Eriytyneessä palvelujärjestelmässä yksilön diagnosoiminen sairaaksi ja sairaana pitäminen ovat kaksi eri asiaa. Terveystuhojärjestelmässä lääkäriellä on oikeus diagnosoida henkilö sairaaksi, mutta muut osajärjestelmät voivat pitää sairaaksi diagnosoitua terveenä oman havainnointikoodistonsa mukaisesti. (Michailakis & Schirmer 2010, Metteri 2012, Haukka-Wacklin 2016.) Esimerkiksi kuntoutustutkimuspoliklinikan lääkäri voi määritellä asiakkaan työkyvyttömäksi, mutta sosiaalivakuutuksen asiantuntijalääkäri arvioi hänet työkykyiseksi, ja etuushakemus hylätään. Osajärjestelmästä ja

työskentelyorganisaation ohjeistuksista riippuen saman ammatin edustajat voivat havainnoida ja tulkita asiakkaan tilannetta eri tavoin ja päätyä poikkeaviin lopputuloksiin. Tämä saa pohtimaan osajärjestelmien kaksintamissäntöjen välistä jännitettä. Vaikuttaako työntekijän havaintoihin ja tulkintaan enemmän työskentelyorganisaatio vai ammatillinen tausta? (Ks. myös Hotari & Metteri 2010.) Koska asiantuntijalääkärit tekevät ratkaisunsa asiakirjojen perusteella, etuuspäätösten hylkäämisen syynä saattaa olla myös asiakirjojen laatu eli riittämätön kommunikaatio järjestelmien välillä. (Virta & Lahtela 2005, Metteri 2012, Lääkärietiikka 2013.)

Monialaisiin palvelutarpeisiin vastaamisen haasteet näyttävät olevan seurausta osajärjestelmien eriytymisestä ja kasvavista priorisointipaineista. Osajärjestelmät eivät käsittele yksilöä kokonaisuutena vaan omalle toiminnalleen merkityksellisiä puolia yksilöstä. (Luhmann 1995, Brunczel 2010, Schirmer & Michailakis 2013, Metteri 2012.) Kun asiakkaan yhteys työmarkkinoihin katkeaa esimerkiksi työkyvyttömyyden vuoksi, työllisyyteen perustuva osajärjestelmä ei enää tunnista asiakasta. Asiakas ei voi myöskään hyödyntää osajärjestelmän suoritteita, kuten kuntoutustoimenpiteitä, koska hän ei täytä järjestelmän valintakriteereitä. Poissulkeminen yhdestä järjestelmästä haittaa vakavasti pääsyä muihin järjestelmiin, mikä näkyy ongelmien kumuloitumisena samoille henkilöille. (Schirmer & Michailakis 2013, Michailakis & Schirmer 2017.)

Kuntoutustutkimuspoliklinikka asiakkaan kokonaistilannetta arvioivana yksikönä tekee näkyväksi palvelujärjestelmän erilaistumisen seuraukset. Kun asiakkaiden tarpeita ei tunnisteta, tutkimukset ja hoito viivästyvät ja asiakkaan tilanne vaikeutuu. Esimerkiksi kuntoutustutkimukseen ohjataan useimmiten liian myöhään, sattumanvaraisesti ja puutteellisilla tiedoilla. Suurella osalla asiakkaista ei ole pysyvää hoitavaa tahoja eikä asiantuntijapaikkaa kuntoutustutkimuksen jälkeen. Lisäksi heillä on toimeentulon vaikeuksia ja palveluohjauksen tarvetta, eikä heidän palvelukokonaisuuttaan koordinoi kukaan. (Haukka-Wacklin 2016, Leskelä ym. 2013.) Toisin sanoen kuntoutusprosessin



ohjaus on jätetty asiakkaille, vaikka kaikilla ei ole sen edellyttämiä tietoja ja taitoja (Järvikoski 2013). Hoitovastuun siirtäminen tai jakaminen useamman tahon kesken ovat aineiston valossa tiedonkulkuun ja hoitoketjun jatkuvuuteen liittyviä riskitekijöitä. Sekä organisaatioiden välistä että organisaation sisäistä tiedonkulkua vaikeuttaa kyvyttömyys tunnistaa yhteisiä asiakkaita, joita eri osajärjestelmiä edustavat organisaatiot ja ammattilaiset ovat kuvanneet ja luokitelleet (Villadsen 2008, Michailakis & Schirmer 2014, Heikkinen 2016).

Vastauksena haastateltavien kuntoutusjärjestelmäkritiikkiin tarvitaan kokonaistilanteen jatkuvaa arviointia, joka ei ole sidoksissa tiettyyn kuntoutusprosessin vaiheeseen, esimerkiksi kuntoutussuunnitelman laatimiseen (Järvikoski & Karjalainen 2008). Erikoistietämyksen lisääntyessä ei-toivotavana sivutuotteena on lisääntynyt myös kyvyttömyys kommunikoida muiden järjestelmien kanssa (Arnkil 2005, Seikkula ym. 2003). Erikoissairaanhoidon sisäiset järjestelmät ja professiot ovat kenties pisimmälle eriytyneet, mikä vaikeuttaa niin kokonaiskäsityksen muodostamista asiakkaan tilanteesta kuin tiedonkulkua. Kokonaistilanteen jatkuva arviointi mahdollistaisi oikea-aikaisemman vastaamisen tiedonkulun, palveluohjauksen ja toimeentulon tarpeisiin (ks. myös Lindh 2013, Väyrynen & Lindh 2014). Erityisesti palveluohjauksen tarpeeseen tulisi reagoida viivytyksettä ennen asiakkaan tunnistettavuuden häviämistä osajärjestelmissä. Jos asiakas on jo ajautunut järjestelmän ulkopuolelle, hänen takaisin palauttamisestaan tulisi tehdä suunnitelma. Työskentely yhteisten toimintojen alueella edellyttää keskeisten toimijoiden ja koordinoivan vastuuhenkilön nimeämistä, asiakkaiden toimeentulo- ja palveluohjaustarpeiden tunnistamista, tiedonkulun varmistamista ja säännöllisiin kokonaistilanteen arviointitapaamisiin sitoutumista.

**Tulosten merkitys:** Tilanteissa, joissa järjestelmät ovat epäonnistuneet tunnistamaan asiakkaan järjestelmäänsä kuuluvaksi, tulisi tehdä suunnitelma asiakkaan osoitettavuuden palauttamiseksi.

si. Kokonaistilanteen jatkuva arviointi mahdollistaa toteutuessaan tiedonkulun, palveluohjauksen ja toimeentulon tarpeisiin oikea-aikaisemman vastaamisen. Tiivistetysti yhteisten toimintojen alueella työskentely edellyttää asiakkaiden palvelutarpeiden tunnistamisen, keskeisten toimijoiden yhteen kokoamisen, koordinoivan vastuutyöntekijän nimeämisen, tiedonkulun varmistamisen ja säännöllisiin kokonaistilanteen arviointitapaamisiin sitoutumisen.

## Tiivistelmä

Artikkelin tavoitteena on selvittää, min-kälaisia kuntoutusta tukevia prosesseja sektorirajat ylittäviin palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää asiakkaiden kokemusten perusteella. Nämä organisaatioiden rajat ylittävät prosessit tukevat asiakkaiden yksilöllisiä kuntoutusprosesseja. Tukevien prosessien paikantamisessa hyödynnän laadullista, teoriaohjaavaa sisällyönanalyysiä. Teoreettisena viitekehystenä toimii Niklas Luhmannin systeemiteoria ja eri organisaatioiden rajoille sijoittuva yhteisten toimintojen alue, Jaakko Seikkulan rajajärjestelmä -käsitettä mukaillen. Teoreettisten lähtökohtien ohjaamana etsin aineistosta haastateltavien kuvauksia ja toiveita ammattilaisten ja instituutioiden välisestä yhteistyöstä. Analyysin pohjalta teen päätelmiä organisaatioiden yhteistoimintaa edellyttävistä palvelutarpeista eli kuntoutusta tukevista prosesseista. Artikkelin aineistona ovat erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikan kymmenen entisen asiakkaan teemahaastattelut. Kuntoutusta tukevat prosessit yhteisten toimintojen alueella ovat kokonaistilanteen arviointi, tiedonkulku, palveluohjaus ja toimeentulon turvaaminen. Nämä prosessit sijoittuvat yhteisten toimintojen alueelle, sillä ne eivät ole järjestelmäspesifisiä, kuten suuri osa varsinaisista kuntouttavista toimenpiteistä. Palvelutarpeisiin vastaamisen hankaluudet näyttävät

olevan seurausta yhteiskunnan toiminnallisten osajärjestelmien eriytymisestä ja kasvavista priorisointipaineista. Keskeinen ongelma on se, että asiakkaan palvelukonaisuutta ei koordinoi kukaan.

Avainsanat: kuntoutus, yhteisten toimintojen alue, systeemiteoria

## Abstract

*Processes to support rehabilitation in the area of shared activities based on the clients' experiences*

The purpose of this article is to find out, based on the clients' experiences, what kind of processes are needed to support rehabilitation and respond to service needs that exceed sectoral limits. Processes to support rehabilitation are cross-border processes of organizations that create the conditions for implementing client rehabilitation. I'll use qualitative, theory-based content analysis to locate these support processes. The theoretical framework is based on Niklas Luhmann's system theory and the concept of a boundary system developed by Jaakko Seikkula. Guided by the theoretical starting points I explore service needs that exceed sectoral limits using theme interview data. The data of the study comprises ten theme interviews of the Rehabilitation Assessment Outpatient Clinic's former clients. Processes to support rehabilitation in the area of shared activities include overall assessment, the flow of information, case management and livelihood security. Support processes are located in the area of shared activities because they are not system specific like most of the actual rehabilitation measures. Challenges to respond to service needs seem to be a consequence of the differentiation of society's functional subsystems and the increasing pressure of prioritization. The key problem is that nobody coordinates the whole set of the client's services.

Keywords: rehabilitation, the area of shared activities, systems theory

**Susanna Palomäki, YTL, tohtoriopiskelija,  
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö,  
Tampereen yliopisto**

## Lähteet

- Andersen N (2003) Polyphonic Organisations. Teoksessa T Bakken, T Hernes (toim.) Autopoietic Organization Theory. Drawing on Niklas Luhmann's Social Systems Perspectives. Copenhagen Business School Press, Copenhagen.
- Arnkil E (1991) Yhteisöromantiikka ja verkostohuuma? Teoksessa E Arnkil, Keitä muita tässä on mukana? Viisi artikkelia verkostoista. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 23, Helsinki.
- Arnkil E (1992) Sosiaalityön rajasysteemit ja kehitysvyöhyke. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 85, Jyväskylä.
- Arnkil TE (2005) Peräkammari ja huolen vyöhykkeet Metaforat, dialogisuus ja yhteinen kielialue. Yhteiskuntapolitiikka 70, 2, 155–169.
- Brunczel B (2010) Disillusioning Modernity. Niklas Luhmann's Social and Political Theory. Peter Lang, Frankfurt am Main.
- Haukka-Wacklin T (2016) Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakas - kuntoutustutkimus, kuntoutussuunnitelma ja muutokset ICF-luokituksen osa-alueilla asiakkaan arvioimana. Ammatillinen lisensiaatintutkimus. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Heikkinen V (2016) Pitkäaikaistyön vai pysyvästi työkyvytön. Työppitarinoita 2000-luvun teollisuuskaupungista. Acta Universitatis Tamperensis 2232, Tampere.
- Hiilamo H (2015) Hyvinvoinnin vakuutusyhtiö. Mistä SOTE-uudistuksessa on kysymys? Into Kustannus Oy, Helsinki.
- Hotari K-E, Metteri A (2010) Sosiaalityöntekijöiden ja organisaatioiden välinen yhteistyö ja työnjako nuorten palveluissa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2010. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampere.
- Jalava J (2008) Kuntoutuskumppanuuden mahdollisuudet ja haasteet - Systeemiteoreettinen lähestymistapa. Janus 16, 4, 280–294.
- Jalava J (2013) Yhteiskunnan järjestelmät. Niklas Luhmannin ajattelu. Gaudeamus, Helsinki.
- Järvikoski A (2013) Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43, Helsinki.
- Järvikoski A, Karjalainen V (2008) Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa P Rissanen, T Kallanranta, A Suikkanen (toim.) Kuntoutus. Duodecim, Helsinki.
- Katisko M, Kolkka M, Vuokila-Oikonen P (2014) Moniammatillinen ja monialainen osaaminen sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja liikunta-alojen koulutuksessa. Malli työssäoppimisen ja ammatitaitoa edistävän harjoittelun toteutusta varten. Opetushallitus, raportit ja selvitykset 2, Helsinki.
- Kauppinen-Perttula U-M (2017) Kuntoutustutkimuspoliklinikan sosiaalityön mielekkyyttä pohdimassa. Teoksessa R Enroos, M Mäntysaari & S Ranta-Tyrkkö (toim.) Mielekäs tutkimus. Näkökulmia sosiaalityön tutkimuksen missioihin. Tampere University Press, Tampere.
- Kilpeläinen A (2016) Teknologiavälitteisyys kylä-



- läisten arjessa: tutkimus ikääntyvien sivukylien teknologiavälitteisyydestä ja sen rajapinnoista maaseutusosiaalisuuteen. *Acta Universitatis Lapponiensis* 316, Rovaniemi.
- Kiuru K-E, Metteri A (2014a) Miten lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välinen raja rakentuu palvelujärjestelmässä? Teoksessa A Pohjola, M Laitinen, M Seppänen (toim.) *Rakenteellinen sosiaalisuus*. Sosiaalisuuden tutkimuksen vuosikirja. UNIpress.
- Kiuru K-E, Metteri A (2014b) Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuus potilaskertomusaineistossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 51, 146–160.
- Kuure T, Lidman J (toim.) 2014 Yhteisellä työllä parempaa. Opaskirja monialaisen yhteistyön kehittämiseksi nuorten hyvinvointipalveluissa. Sosiaalikehitys Oy, Hämeenlinna.
- Leppämäki M (2012) Nyt se toimii taas! Monialainen verkostoyhteistyö ja sen edellytykset. Tampereen ammattikorkeakoulu.
- Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S, Pikkujämsä S, Haverinen A, Olli S-L, Ylitalo-Katajisto K (2013) Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. *Suomen Lääkärilehti* 48, 68, 3163–3169.
- Lindh J (2013) Kuntoutus tuotetaan toimintaverkostoissa. *Puheenvuoro. Kuntoutus-lehti* 3, 50–61.
- Linna, J (2016) Yhtiöstä opettaja? Systeemitieteellinen tulkinta ammattikorkeakoulujen yhtiöittämisestä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.
- Luhmann N (1982) *The Differentiation of Society*. Columbia University Press, New York.
- Luhmann N (1995) *Social systems*. Stanford University Press, Stanford.
- Luhmann N (2004) *Ekologinen kommunikaatio*. Suom. Sam Kause & Seppo Raiski. Gaudeamus, Helsinki.
- Lybeck T, Wallden J (2011) Monialaisen yhteistyön toteuttaminen. Teoksessa K Aaltonen (toim.) *Nuorten hyvinvointi ja monialainen yhteistyö*. Tietosanoma Oy, Helsinki.
- Lääkärin Etiikka (2013) 7. painos. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki.
- Metteri A (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohutuutumat tapaukset ja sosiaalisuus. *Acta Universitatis Tampensis* 1778, Tampere.
- Michailakis D, Schirmer W (2010) Agents of their health? How the Swedish welfare state introduces expectations of individual responsibility. *Sociology of Health & Illness* 32, 6, 930–947.
- Michailakis D, Schirmer W (2014) Social work and social problems: A contribution from systems theory and constructionism. *Int J Soc Welfare* 23, 431–442.
- Michailakis D, Schirmer W (2017) *Systemiska perspektiv på socialt arbete*. Studentlitteratur AB, Lund.
- Palomäki S (2013) Asiakkaiden osallisuus kuntoutustutkimusprosessissa. Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. *Ammatillinen lisensiaattitutkimus*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Ratkaisujen Suomi (2015) *Hallitusohjelma*. Hallituksen julkaisusarja 10, Helsinki. <http://vnk.fi/julkaisu?pubid=6405> (viitattu 8.10.2017)
- Ruotsalainen H (2003) Aivohalvauksen saanut ja hänen omaisensa paikallisessa palvelujärjestelmässä. Tieto, ohjaus ja tuki. Teoksessa A Metteri (toim.) *Asiakkaan ääntä kuunnellen*. Kitkakohdistusta kehittämishankkeisiin. Edita Publishing Oy, Helsinki.
- Saarinen A, Salmenniemi S, Keränen H (2014) Hyvinvointivaltion hyvinvointivaan valtion. Hyvinvointi ja kansalaisuus suomalaisessa poliittisessa diskurssissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 79:6, 605–618.
- Schirmer W, Michailakis D (2012) The latent function of responsibility for one's health in Swedish healthcare priority-setting. *Health Sociology Review* 21, 1, 36–46.
- Schirmer W, Michailakis D (2013) The Luhmannian approach to exclusion/ inclusion and its relevance to Social Work. *J of Social Work* 15, 1, 45–64.
- Seikkula J (1987) Rajasysteemi – Hoidettava yksikkö osaston ja perheen välillä. *Perheterapia* 1, 11–13.
- Seikkula J (1991) Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research* 80, Jyväskylä.
- Seikkula J, Arnkil E (2009) Dialoginen verkostotyö. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, Helsinki.
- Seikkula J, Arnkil TE, Eriksson E (2003) Postmodern society and social networks: Open and anticipation dialogues in network meetings. *Family Process* 42, 2, 185–203.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301> (viitattu 6.9.2017)
- Tuomi J, Sarajärvi A (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Valokivi H (2008) Kansalainen asiakkaana: tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. *Acta Universitatis Tampensis* 1286, Tampere.
- Villadsen K (2008) 'Polyphonic' welfare: Luhmann's systems theory applied to modern social work. *Int J Soc Welfare* 17, 65–73.
- Virta L, Lahtela K (2005) Henkilökohtaisen toimintakyvyn arviointimenetelmän soveltuvuus suomalaisen käytäntöön. Keskeiset havainnot PCA-menetelmästä (Personal Capability Assessment). Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 46, Helsinki. <http://hdl.handle.net/10250/3390> (viitattu 11.10.2017)
- Väyrynen S, Lindh J (2014) Yhteistoimijuuden raja-kohteet päihde- ja mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa M Laitinen, A Niskala (toim.) *Asiakkaat toimijoina sosiaalisuudessa*. 2. painos. Vastapaino, Tampere.



# PATIENTS' COMPLAINTS AND MANAGERS' RESPONSES AS A PROCESS OF INSTITUTIONAL INTERACTION

Susanna Palomäki and Anni Vanhala

<sup>1</sup>

## **Abstract**

This article is based on a study conducted in a Finnish hospital and the patients' objections handled and managed inside the hospital. The aim of our study is to describe the nature of the objection process as an institutional interaction and give an outlook for the handling of dissatisfaction in the future. The data used consists of 229 objection documents and 93 replies to a survey directed at customers making objections. The method used is thematic content analysis. A written objection passing to the managerial level distances the actual event and the party involved from each other and prevents the immediate handling of issues. The administrative process does not distract the hospital staff from their actual work and ensures that customer data is transmitted directly to management level. In our study patients and relatives were willing to engage in more debate than the hospital staff could accommodate. Communication is not a guarantee that the information will be utilized in services, unless the value of the source of information is recognized. A change in the interaction framework from a "patient challenges and hospital defends" process to joint analysis by the parties involved requires a change in attitudes. Making the role of the customer more active and appreciating his or her contribution in a boundaryless hospital produces a more equitable relationship and partnership.

**Keywords:** Complaint, Response, Objection process, Institutional interaction, Customer relationship, Complaint management, Stakeholder management, Finland

## INTRODUCTION

The requirements of customer-oriented objectives and evidence-based practices are part of the control and management of health care functions. Providing information to the customer and increasing the customer's possibilities for choice and inclusion provide opportunities for more balanced interaction between the professional and the customer. The goal is a well-informed customer who makes choices together with the health

---

<sup>1</sup>

Kyseinen artikkeli on julkaistu teoksessa: Albach, Horst & Meffert, Heribert & Pinkwart, Andreas & Reichwald, Ralf & von Eiff, Wilfreid (toim.) (2016) Boundaryless Hospital – Rethink and Redefine Health Care Management. Berlin, Heidelberg: Springer. Kustantaja ei ole myöntänyt lupaa julkaista artikkelia alkuperäisjulkaisuna. Kyseessä on viimeisin hyväksytty vertaisarvioinnin läpikäynyt artikkelin käsikirjoitus.

care provider. Thus the responsibility for making choices can be shared between the customer and the professional. (Härter et al. 2011; Scholl et al. 2011; Beresford & Carr, 2012; Juhila et al. 2014.) The flow of information, and communication, may be considered problems in customer-oriented health care services (Wofford et al. 2004; Patient ... 2012; Paterson 2013). Communication is not a guarantee that the information will be utilized in services, unless the value of the source of information is recognized. Kaisa Kaseva (2011), in a literature review on social and health development, found that customer influence was inadequate.

Our article is based on research conducted at a Finnish university hospital. The data used consisted of objection documents and replies to a survey directed at customers making objections. A customer who is dissatisfied with his or her care or handling can lodge an objection based on the Act on the Status and Rights of Patients (1992/785). Generally, an objection concerns unfortunate comments made during contacts, a lack of consideration or knowledge, or treatment-related misunderstandings. The health care official responsible for objections is not an independent party in the issue brought up by the customer. At best, an objection may provide a fast and flexible opportunity to get things fixed. (Pajukoski 2010)

In our study, we are interested in the causes of objections, responses to objections, and customer feedback on the effectiveness of the objection process. We ask what significance the making of an objection has to the customer and the health care system, and what effects it has on the customer relationship. Finally, we consider how active customer involvement, and the abandonment of interaction based on authority relationships, will affect the handling of dissatisfaction in the future, in the boundaryless hospital.

## THE ACTIVE CITIZEN IN HEALTH CARE

An objection is one of the procedures prescribed for implementation of the citizen's legal rights. The most important rights of the patient can be divided under four heads: the right to good health and medical care, and good patient handling; access to care; the right to access personal information; and the right to self-determination (Valvira 2012). Patients who are dissatisfied with their care and handling can complain to the director responsible for health care in the health care unit (Act on the Status and Rights of Patients 1992/785). The director must respond to the objection within a reasonable time. No appeal can be made against the response. However, making an objection does not limit the customer's

right of appeal or ability to take his/her complaint to the regional state administrative agencies, the administrative court, or to Finland's National Supervisory Authority for Welfare and Health (Valvira), the Parliamentary Ombudsman or the Data Protection Supervisor. An objection differs from these in that it is handled internally by the organisation.

The patient has the right to ask questions, get clarification, and express his or her views, and must be consulted (Etene 2011). Demonstration of dissatisfaction with services relates to discussion on the implementation of the rights of citizens (Valokivi 2008; Hirschman 1970). The Act on the Status and Rights of Patients came into force in 1993. The law was scheduled to enter into force during the reforms following the recession of the 1990s, when the viewpoint was increasingly economic and the aim was cost control. Instead of protecting social and health care services, the emphasis was typically placed upon service-related procedural rights. (Julkunen 2006). The Act on the Status and Rights of Patients does not provide direct entitlement to treatment, but rather the availability of services is affected, for example, by personnel and finance, as well as views on the effectiveness of treatment. The Act on the Status and Rights of Patients is considered goal-oriented and pro-active in nature; it seeks to strengthen the patient's right to self-determination and offers citizens the legal grounds on which to demand the health care services they need. (Mattila 2011; Kotkas 2009).

In addition to health care legislation, expansion of health markets is intended to promote the position of the health care customer. Increased freedom of choice in care facilities is expected to strengthen customer-oriented services. Freedom of choice may be illusory in relation to the accessibility of services and the financial resources of customers (Mattila 2011). Emphasis on the perspective of the service consumer may raise the threshold for customers to express criticism and discontent. However, from a competitive viewpoint expressions of discontent and provision of feedback should be viewed positively in health care markets. When correctly handled, demonstrations of discontent support the mission of the organization. Customer feedback can be used to correct and improve services, support staff morale and commitment, and strengthen the trust of customers in the service provider (Cook 2012).

Confidence in health care can be considered significant, because citizens' trust in public institutions promotes generalized trust between strangers. Such confidence affects the ability of society to function, since generalized trust has been shown to increase psychological well-being, and strengthen the functionality of democracy and even economic activity. The views of citizens on the reliability of institutions are largely based on their views on

the activities of their representatives. The individual's experience of the fairness and reliability of people in positions of responsibility affects their trust in other citizens. The practices of public institutions act as a benchmark when assessing the acceptability and fairness of various functions in society. (Kouvo 2014; Rothstein & Stolle 2007; Uslaner 2002). A well-ordered objection process can strengthen the trust of customers not only in health care but in other services provided by their society.

## RESEARCH SUBJECT

Little research on health care objections has been published in Finland (Vanhala & Palomäki 2015). Instead, research on appeals and claims has been done, particularly in the fields of medical and health sciences (Kuosmanen et al. 2008) and law (Ellilä 2007). Internationally, complaints related to health care seem to be a phenomenon of multidisciplinary interest. They have been studied especially in health administration, and in the medical, health, nursing, and legal sciences; some research has also been conducted in the social sciences. A closely related phenomenon in the field of patient safety is complaints and their connection to malpractice risks and adverse events (Järvelin et al. 2012; Pichert et al. 2008; Hickson et al. 2007; Bismark et al. 2006). The relationship of complaints to gender and age have been studied (Allen et al. 2006; Pukk et al. 2003), as well as the causes of complaints (Wofford et al. 2004), and their processing, nature (Hsieh 2012) and significance (Paterson 2013). Complaints are also one of the instruments used to measure the quality of health care (Debono & Travaglia 2009).

Familiarization with the knowledge and experience of people who have suffered during medical care or been disappointed by a customer visit is required in order to improve both medical and social processes (Ocloo 2010). Our research deals with the objection process as a social phenomenon. We examine objection procedures in terms of interaction between the citizen and authority. The interaction between the official and the customer is goal-oriented and asymmetrical, and participation in the interaction is regulated by structures for action. (Mäkitalo 2005; Thornborrow 2002; Drew & Heritage 1992.) Legislation and the institution of health care management make objection a process of administrative bureaucracy. Bureaucracy is associated with the processing of individuals and with a routine way of conceptualizing customers' life situations and of making decisions (Mäkitalo 2002; Lipsky 1980; Prottas 1979). Criticism of bureaucracy often focuses on the assembly-line processing of people, in which people are never encountered as individuals and the language of authority does not reach the citizen (Palomäki 2012).

## DATA AND METHODS

In most cases, the objection process begins with the patient filling out a hospital form designed for this purpose. Also some e-mail messages, letters from patients and relatives, and messages from the customer feedback system end up in objection processing. The persons responsible for the process and for preparing responses are area managers. The written response often includes "sub responses", from which the full response to the maker of the objection is created. In addition to managers, those directly affected by the objection, for example, the attending doctor or nurse, usually participate in providing a response. No record of the objection is made in the patient record, i.e. the document that records the course of the patient's illness, examination and test results, and treatment events. This aims at keeping the patient's treatment and related dissatisfaction separate from each other.

The hospital we studied responded to 307 objections in 2012. A total of 900 responses were made to complaints, claims, notices and requests for clarification. In relation to days of treatment and number of outpatient visits, the number of objections was small, at one objection for rather less than 3000 treatment days and outpatient visits. It is worthwhile to become familiar with objections, since matters repeated in these may be more broadly applicable to the situations that people encounter in health care. As a research topic, objection is a sensitive matter from the viewpoint of the customer, employee and organization alike, since it deals with events relating to failure in customer relationships. We hope that our research will stimulate discussion of the status and rights of the health care customer, from individual cases to a more general level, in order to develop the service system.

Before research began, the research project received the assent of the hospital's Ethics Committee and a research permit from the respective organization. We concentrated the choice of data on objections and the responses returned from them. In addition to documents, the data included replies to a survey directed at customers making objections. The data selection process is described in the figure below Fig. 1.

The documents are stored separately from patient records by the administration of the hospital's different departments. Replies to questionnaires are stored in the hospital and are available only to the researchers in this project. We studied the materials, collected data, and made observations for analysis on those premises. The anonymity of persons appearing in the research data was secured. The empirical data is reliable from the viewpoint of the studied phenomenon; the



questionnaire answers are from people making objections and the documents are produced by

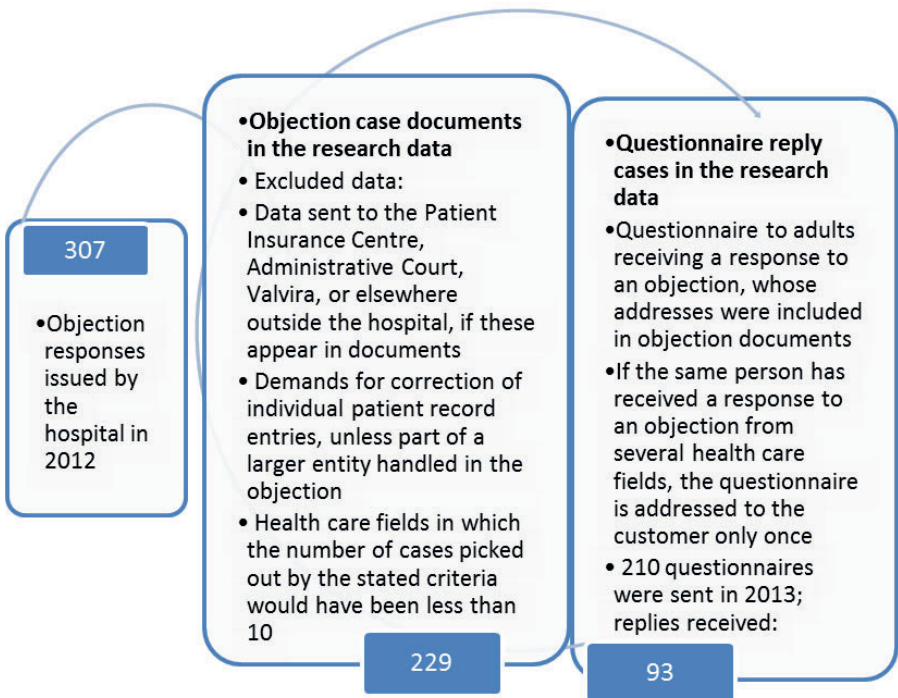


Fig. 1 Formation of the research data

patients, relatives, and loved ones, as well as by hospital staff and administrative management. If the documents revealed a claim, complaint or other issue outside the hospital, in addition to the objection, we did not include it, nor did we send a questionnaire, since we intended to focus the research on the hospital's internal processes. The exclusion criterion was not exhaustive, since we could not know for certain about the flow of external processes. Nine such issues, not recorded in the hospital objection documents, were pending.

Sampling produced more than 2/3 of the objection data for the entire year. The response rate for the survey was 44.3%. We found that we had gathered a wide range of issues for objection, from serious irreversible events to transient or correctable matters. Having examined the material, we found that it included common, recurring themes and features, in relation to the studied phenomenon, but also some exceptions. We analysed the data by categorisation using qualitative content analysis. Content analysis is a broad theoretical framework for producing answers to specific research questions. Marked items are collected together while



classes, themes and types are identified from the material. (Tuomi and Sarajärvi 2011, Cavanagh 1997, Weber 1990). Data collection involved creating concise summaries and interpretations, since the material included more than a thousand pages of documents and 93 answers to five-page questionnaires. We describe the content of the material both numerically and verbally. We are looking for answers to questions concerning the makers and content of objections, as well as the providers and content of responses to objections. We also surveyed the views of people making objections on the objection process and on the effect that the subject and process of the objection had on the customer relationship. On this basis, we interpreted the significance of objections to the customer and to healthcare players.

## ANALYSIS OF OBJECTION DOCUMENTS

There were 167 objections made by patients and 64 made by relatives or loved ones, the latter including the objections made by parents about the care of children. Two objections were exceptional: in one case the objection was made by a representative of another institution; in the other the objection was not concerned with the patient's own care, but with his or her opinion of care in a hospital unit, based on his or her observations. A few objections were made by the patient and relatives together. Of the patients who were the subjects of objections, 132 were women, 69 were men, and 28 were children or young people. The subjects of objections were spread quite evenly across age groups, from toddlers to persons more than 90 years of age.

We sorted objection content from the documents into organisation-based pre-structured categories on the basis of the classification used on hospital-produced objection forms. Most objections were made on these forms, and we selected from these the classification marked by the person making the objection. A small proportion of objections were statements sent by e-mail, texts collected from the hospital's customer feedback system, or statements made without the use of forms or the questions guiding their use. In these cases, we made an interpretive decision as researchers on the category to which the objection should belong on the basis of its content.

Two hundred and twenty six cases were included in the analysis of responses given to objections. In three cases, the response had been handled through negotiation or by telephone, and these were not included in the study. The average case processing time, i.e., the time after which a response was sent to the person making the objection, was 30 days (Patient ombudsman's report 2012, unpublished). Preparation of a written

response involved three people on average per objection. The responses included "sub responses", from which the full response to the maker of the objection was created. The number of people involved in producing a response varied by field, with the greatest number involved in children's and women's diseases (3.7 persons / response) and fewest in psychiatry (2 persons / response).

With few exceptions, responses followed a single formula: The response was provided by the principal director in the hierarchy of the health care field and the manager immediately following in the division of responsibilities. Both provided responses based on their official position, seldom as parties involved in the content of the objection, such as attending physicians. In addition to managers, those directly concerned in the objection, i.e., persons involved in encounters between relatives and nurses, took part in preparing responses. Most responses were provided by doctors. Other occupational categories of responders (63 cases) were nurse, nursing sister, senior nurse, speech therapist, orderly, ward clerk, social worker or physiotherapist. Table 1 describes the content of objections and Table 2 the content of responses.

### Subject of Objections

Objections concerned with treatment and procedure dealt with inadequate and incorrect diagnosis or treatment, harm caused by treatment, delays and refusal of treatment, lack of self-determination or comprehensiveness, being "bounced around" from place to place, and uncertainty in treatment, planning, or continuity. Content concerning conduct and patient handling covered unfriendliness of staff, depreciation and "bypassing" of patient and relatives, failure to listen,

Table 1 Subject of objections (n = 229)

Content of objections	Number of objections
Treatment and procedures	190
Patient handling and conduct	116
Access to information	62
Prescription of medications	29
Certificates and statements	18
Confidentiality	9
Other (informal description of the subject of the objection)	19

indifference, rudeness or aggression towards the patient or a relative, and questioning the patient's experience, need, or pain. Content under the heading of lack of information included provision of inadequate or incorrect

information to the patient or a relative, conflicting information, such as differing expert opinions on lines of treatment, or confusion, such as the wrong person's patient record being used at reception or sent to a patient's home. Other subject matter included prescriptions, certificates and statements, and confidentiality. Medication was questioned and errors in the administration of drugs reported. There were delays in delivery of certificates and statements, and errors in their content. Violations of staff

Table 2 Subject of responses (n = 226)

Content of responses	Number of responses
Medical information and report	198
Regret	176
Questioning	133
Promise	92
Admission	74
Apology	63
Medical information and patient record + Questioning + Regret	91
Medical information and patient record + Acknowledgement + Regret and apology	58

confidentiality were also reported and the hospital's practice of discussing patient information in the hearing of other patients was also considered a problem.

The heading "Other" contained customers' informal descriptions of the subjects of objections. Their content covered delayed or denied admission to treatment, difficulties in obtaining a referral, patient fees, appointment booking ambiguities, ambiguity in obtaining a commitment to pay or proposal that it be awarded, disappearance of the patient's property during treatment, deficiencies in the storage of patient records, difficulty in obtaining the text of medical records, and the questioning attitude of hospital staff towards personnel at other care facilities.

Most objections related to treatment and procedure, patient handling or conduct, and access to information. Treatment and procedure was often used as a kind of umbrella term, formed from a variety of content. Treatment and procedure occurred in conjunction with conduct and patient handling in 103 objections, and access to information in 48 objections. The above-mentioned three items, treatment and procedure, conduct and patient handling, and access to information, appeared together in 30 objections.

## Subject of Responses

The majority of responses contained treatment-related medical information, such as excerpts from patient records, laboratory values, or information on medication. The responses highlighted entries in the patient's medical record on the basis of which they attempted to clarify the course of events, e.g., during treatment on a ward. Typically, they contain regrets, especially about the experience of the patient or relative.

Objections relating to conduct and patient handling seemed also to receive responses that questioned or denied the bad conduct or patient handling, or gave a neutral account. For example, in situations where the patient complained about the bad conduct of a doctor or nurse, the employee, responding to the patient via the director, usually denied having behaved inappropriately or treated the patient badly. In the response sent to the patient, the director took a neutral position on the matter but, regretted the experience of the patient or relative. The responses did not include descriptions of the patient's or relatives' bad conduct and inappropriate treatment of hospital staff. An apology occurred in less than one third of responses. Apologies were frequently given for error, wrongful actions, injury, or things said or done. An apology was often veiled by denial or doubt of the event portrayed in the objection, for instance by using such formulae as: "if I behaved offensively, I apologise." In some situations, a supervisor apologized for the actions of subordinates.

Most responses questioned the doubts and accusations presented in the objection and showed the doubt to be unfounded, and the actions of the hospital and its staff to be correct or in line with accepted practice and orthodox treatment. Affirmatively, paraphrasing the content of the objection, 74 responses found that it was appropriate, at least to some extent, to draw attention to the charge, complaint, or fault. Less than 20 responses can be described as neutral. These included reports that were difficult to interpret as either affirmative or negative in relation to the content of the objection. The usual way to respond to an objection was to question the content of the objection by presenting medical criteria and documented events while, at the same time, regretting the unpleasant experience caused by an action to the patient or relative.

## The Tension Caused by the Objection Process

The written objection process involved interaction between customer and professional in which the maker of the objection, arguing on the basis of lay knowledge and experience, could question expert knowledge but only rarely overturn or challenge it. The interaction operated in two directions but was in both directions nonrecurring and by nature an exchange of different kinds of information; objections highlighted knowledge from

experience, while responses highlighted medical and documented information. Handling of objection content related to the conduct of staff could be skipped over in responses, when the objection involved a number of different causes of discontent. The asymmetry of interaction between the parties appears from the fact that while the objector might submit allegations concerning staff, the staff did not make corresponding allegations concerning patients or relatives. In responses, the veracity of reports by the patient or relative was questioned, but reports of staff, and the patient record, were not subject to doubt.

The relationship between customer and professional can only rarely occur in the framework of an equal partnership. The parties are subject to a different logic of responsibilities, obligations, rights and penalties. (Duyvendak et al. 2009.) The objection process implies tension between the disappointed person making the objection and the explaining and defending responder. Authorized explanation relates to the roles of experts in various fields. For example, the physician must try to clarify the cause of a disease or decrease in capacity before undertaking its treatment. Correspondingly, the ability of the expert to diagnose and treat problems is included in the rights of the patient. An expert responding to an objection might use his or her own position of authority to bypass the patient's or relative's experience of the situation (Juhila 2012; Palomäki 2012).

## ANALYSIS OF QUESTIONNAIRES

The questionnaire was partly structured, with space left for informal answers in addition to prepared choices. The questions on the questionnaire concentrated on information about the objector, its subject and content, the process of making an objection and producing a response, views on the benefit and impact of the process, and proposals for development. The response rate for the survey was 44.3% (n = 93/210). The majority of questionnaire respondents were female (n = 68), and nearly half (n = 42) were born in the 1950s and 1960s. In terms of socio-economic background, 51 of the respondents were employed, 36 were outside the labour market (retired, unemployed, etc.), and two were students. Objections were mostly concerned with the patients' own care (n = 70), but also (n = 23) with the care of a relative, such as a child, spouse or parent. We have compiled the survey results into Table 3. Multiple choice answers were accepted. The text in italics after the table consists of direct data extracts from the questionnaires.

## Objection

In answer to the structured reply options, survey respondents most often chose as the reason for their dissatisfaction a failure to listen and to demonstrate compassion, caring and respect. Deficiencies were also identified in professional skills and special know-how, in giving reasons for examinations and treatment procedures, and in sharing a common language and understanding. Dissatisfaction applied broadly to different issues; less than half of the responses covered one or two issues while more than half contained three to seven.

All of the survey respondents had written an informal description of the reason for their objection or the events leading to it. We divided free-form replies on the basis of their content into admission to treatment, access to information, disagreement on treatment or line of treatment, conduct and patient handling, and malpractice. If a single free-form reply referred to more than one subject of objection we interpreted the answers in such a way that one answer was included in only one of the

Table 3 Answers to the questionnaires (n = 93 answered forms).

A. Objection subject	Number of responses
Did not listen/believe	59
Compassion, caring	47
Respect	44
Professional skill, competence	38
Justifying examinations/treatments	27
Common language (did not understand what the caregiver said)	9
Free-form replies	
Conduct and patient handling	28
Malpractice	26
Disagreement on treatment/ line of treatment	18
Access to information	12
Access to treatment	12
B. Objection functionality	
Objection led to the expected result	20
Objection did not lead to the expected result	54
Objection led partly to the expected result	8
The response met expectations	23
The response did not meet expectations	54
The response partly met expectations	12
The objection is a very successful practice	36
The objection is not a very successful practice	57
C. Objection effects	
Positively affected received care/handling	11
Negatively affected received care/handling	12
Did not affect received care/handling	57
Negatively affected own attitude towards hospital/staff	61
Positively affected own attitude towards hospital/staff	1
Did not affect own attitude towards hospital/staff	25

content categories, according to the type of content with which the answer was most concerned. We mostly found content concerned with conduct and patient handling:

*When the patient tries to answer, the doctor interrupts after the second word. The doctor belittles the patient's pain. The patient is not allowed to express a personal opinion (26)*

On malpractice and disputes over treatment/ line of treatment the following appeared:

*I believe this unfortunate chain of events could have been avoided if a routine [name of procedure] had been done with sufficient care (16)*

Survey respondents described difficulties concerning access to information:

*I phoned a month later, and they gave me no information. The information was there for a long time; the patient was left to fret and wait for a response (8)*

Difficulties concerning access to treatment were often mentioned:

*No longer accepted there for treatment, even though the symptoms have increased (30)*

The severity of the subjects of objection ranged from mental discomfort caused by unkind comments from nursing staff up to fatal malpractice or suspicion of such.

### Objection Functionality

Answers are based on both structured and open-ended questions. The majority of respondents felt that the objection did not lead to the desired result, the written response from the hospital did not meet expectations, and the objection process in its current form is not a very successful practice. One in ten of the free-form replies mentioned that the processing of objections should be given to a neutral party, preferably outwith the hospital. One in five of the respondents thought that the objection led to the expected result, while one in four felt that the written response from the hospital met their expectations. There was satisfaction that the response from the hospital provided information and clarification about events, and the patient's illness and examinations:

*I got a more detailed explanation of my examination, showing [...], which I had not known, and which had not been explained to me (11)*

Fulfilling expectations was often related to the objectivity and politeness of the answers. It was welcomed if a meeting was offered at the hospital to discuss the subject of the objection. It was considered appropriate that the matter should be discussed in the hospital work community and an



attempt made to change and improve practices. People were also pleased when an error, ill-treatment, or undesirable course of events was admitted:

*They admitted that an incorrect assessment of the situation was made in the ward and said that in future they would consult with the on-call [specialist] (24)*

An apology was considered relevant, but not exhaustive; regret is not enough, if the errors are not admitted and an attempt made to remedy the situation. People who expressed dissatisfaction expected an admission of error or ill-treatment, a more personal conversation, and a meeting and apology or regret:

*A proper apology, regrets, a conversation with someone who would not only make excuses but really understand and do something to correct the issues (36)*

Comments were made on the professional language in responses and familiarity with the objection caused disappointment:

*The response to feedback should be clear, so that people can understand it without studying medicine for 10 years (58)*

*The response suggests that my objection was not even properly read (65)*

The question of defending the actions of hospital staff and blaming the patient was also raised:

*I was mainly left with the feeling that the patient was at fault, but reading between the lines, though they defended their own actions and did not answer my questions, I believe that this experience was nonetheless considered, and hopefully it taught them something (43)*

Many survey answers emphasized the promotion of general good care and patient handling through their own case:

*It was hoped that the situation would change for other patients in a similar position (74)*

Several survey answers highlighted the bias and questionable collegiality of the hospital response; it was suspected that "old boy" relations with

colleagues weighed more than the grievance raised by the customer or its correction.

### Objection Effects

More than half of the survey respondents were of the opinion that the objection had no effect on future care and patient handling. However, the objection process and the events that led up to it had some impact on how the patient or relative was afterwards treated in the hospital. One positive effect noted was the more friendly and courteous conduct of staff. Also considered important were availability of care and changes in the care facility:

*I moved to another care unit where the doctor listened to me and designed my medication accordingly. The medication has greatly improved my general condition (33)*

A negative feature reported was that the intended treatment or examination was not received after the objection, or that the treatment did not continue. The attitude of staff was thought to have changed, for example becoming disparaging; there was also a situation in which a patient had to agree not to make any further complaints about the staff's behaviour before their medical treatment could continue. There were also stories of teasing and deliberate delay: medical staff failing to arrive for agreed meetings, pain medication delayed, a necessary statement not written.

The objection subject, and the objection process, had more effect on the person's own attitude than on the attitude of the staff. Only one respondent found that the experience had a positive effect on his or her own attitude. Some respondents considered that there was no effect, and most thought that their personal attitude towards the hospital and its staff had become more negative. Many described a fear of the hospital and believed that the situation could lead to their avoiding treatment:

*I fear and hate landing in hospital, for myself or others (56)*

*I won't go to that doctor at the outpatient clinic; if there is no other option, I'll do without treatment (62)*

People making objections described their attitude as having become more observant. They will be more able in future to demand help and to discover and question the treatment guidelines and actions of the hospital. Generally, trust has been damaged:

*I have serious reservations; it's a place where you can't be sure how people will treat you (18)*

*It undermines your belief that this hospital provides the most skilled and highest level of care (7)*

On the other hand, the standards demanded of care and patient handling have increased:

*In hospital reception, the expectation of clear patient information has increased, as well as the expectation of appropriate handling of patients (50)*

The objection process has raised expectations about the staff's ability to communicate.

### Developing the Objection Process

We looked at the open questions for ideas with which to develop the objection process. One fifth of respondents thought the hospital's internal processing unreliable. In their view, handling of the objection process should be given to a neutral party, preferably outside the hospital. Most responses thought that a better substitute for the written objection procedure would be a discussion handled by a third party:

*I said in my objection that I hoped for a personal discussion about my situation, but that didn't happen (53)*

*Discussion would give more to the patient and to the hospital (70)*

Provision of direct feedback for all hospital visits was also highlighted as a replacement for the objection. It was proposed that a discussion should be held after a period on the ward, prior to leaving the hospital, in which opinions would be sought on the care provided. However, busy staff and inadequate human resources were seen as a reason for not handling of issues immediately.

### Information, Care and Compensation

The tangible importance of the objection process to the customer lies in obtaining information and clarification about care and examinations. Grievances drawn to the attention of management, and the arguments and demands produced by the objector, fostered access to care and examinations. Coordinating the prioritization of resources and care, and the fair and equal handling of patients, are key health care issues

(Lammintakanen 2005). Increased freedom of choice in care facilities can reduce emerging care needs and delays in responding to them, but not divergent views on the care required. The importance of interaction is enhanced in situations where no connection can be found between the medical findings and the customer's experience of pain or functional limitations (Palomäki 2012). With the help of the objection, the patient's situation was again, and possibly more comprehensively, assessed.

Concretisation is more difficult with matters relating to compensation and the conciliation of issues at the emotional level than with information and care. The objection process involves the upkeeping of moral order (Jayyusi 1991; Raitakari & Juhila 2011) and the drawing of a distinction as to what is acceptable in health care services and what is not. The order can be broken, e.g., by a nurse or doctor being rude to a relative or indifferent to a patient's pain. Objections function as a correction or reinforcement of the moral order, e.g., when the hospital board rules on acceptable actions and conduct. The response may compensate and atone for what happened also when an error has occurred or damage was caused during treatment. Although the regrets and apologies in the hospital's responses were not always considered convincing by questionnaire respondents, they were often mentioned, which confirms their importance in the objection process.

## CONCLUSIONS

A written objection passing through the executive and managerial level distances the actual event and the parties involved from each other. The written process also prevents the natural and immediate handling of issues in care units. On the other hand, the administrative process provides security to the hospital staff by giving them peace to work and ensuring that customer data is transmitted directly to management level. In our study, patients and relatives were willing to engage in more and broader debate than the time and capacity of hospital staff and those responding to objections could accommodate.

What seems to be problematic in objection practices is finding evidence of a given conduct or good patient handling. They are not based on what is called medical knowledge, in fact, proving it by entries in the patient record is only possible in exceptional cases. No doubt, the situation, time, place and the patient's illness all affect the expectations regarding staff conduct in terms of how holistic and empathetic, considerate and respectful it should be. Legislation is of little help when considering the boundaries of good patient handling, rather, this is a matter of professional ethics and is dealt with in the codes of conduct and guidelines for various professional

groups. Judging by the objection, however, patients and family members seem to expect respect, empathy, and often also a comprehensive grasp of the patient's situation. If these are found to be deficient, the result may be a loss of trust and respect towards health care staff. In some cases, mistrust may be so universal that any attempt to provide good treatment by the health care practitioners will be interpreted as a failure. This could be seen in some of the objections, in which a sweeping dissatisfaction was expressed with treatment, access to information and conduct of staff. The challenge here is how to recognize the experiences of inappropriate and disrespectful conduct mentioned in the objections and how to take them into account in responses based on medical and documented information. Parallel to developing procedural and administrative processes, we should pay more attention to the content of objections and the ensuing responses, and make sure that the response deals with the issue presented by the customer.

In many of the survey answers, rather than self-interest, the objectors emphasized the possibility that someone else might avoid a similar situation and that the responsible care management entity would learn from what happened. Even difficult experiences did not unequivocally destroy confidence in the professionalism of the staff or the organization's goal of good services. Even in the midst of change, the Finnish health care system enjoys very broad public confidence (Klavus 2010). Questioning that confidence can be useful if rising demands from citizens lead to improvements in the quality of care and solidarity in maintaining a good level of health care.

Health care is a balancing act between a non-individual process and the coordination of the patient's individual physical, psychological and social needs (Koivuniemi et al. 2014). Technologically and procedurally, the performance might seem to be head straight for the goal, but the customer may feel badly treated, unless his or her needs are taken into account in a comprehensively. The value of customer-oriented services is in danger of being forgotten while techniques and procedures are emphasized (Beresford 2014; Sennet 2003). Transition from production-oriented models that focus upon shortcomings to a human-centred approach involves a change in thinking for both customers and professionals.

A change in the interaction framework of objections from a "patient challenges and hospital defends" process to collective analysis by the parties involved requires a change in attitudes. Making the role of the customer more active produces a more equitable relationship and partnership between the parties and may improve patient satisfaction and experience (Kennedy et al 2014). Courage is needed also to question the

customer's role in the events leading to objections. How might each of the parties have avoided the undesirable outcome? This kind of conversation requires trust between the parties. In addition, it requires both tact and discretion from health care staff with respect to what has occurred and to the customer's life situation. The customer's active participation in the treatment process requires a genuine appreciation for his or her contribution. Participation involves the assumption that the customer's actions have some effect on the service process (Julkunen and Heikkilä 2007; Thompson 2007), even when it does not always fully succeed.

The customers of the *boundaryless hospital* are not passive patients but players who have access to knowledge, experience and expertise. They participate via the Internet in managing health and care information relating to them and in monitoring the fulfilment of their customer-hospital relationship. They compare health care services with other services and their relationship with traditional authorities, such as medical experts, has changed from subordination to partnership. Information is available and options offered, and feedback on the customer relationship flows in both directions, from the customer to the caregiver and vice versa. Both customers and professionals are encouraged to bring up problems and engage in open discussion. Customers and professionals rely increasingly on each other in solving problems. A problem forum jointly selected by professionals and customers deals with expressions of dissatisfaction concerning solutions with which neither the hospital representative nor the customer is satisfied. The most recently handled customer feedbacks and solutions to customer relations problems, and their impact on hospital actions, can be read on the *boundaryless hospital* website. The value of customer-oriented services is especially stressed when techniques and procedures are the subject of development in the *boundaryless hospital*.

## REFERENCES

Act on the Status and Rights of Patients (1992/785) <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Accessed 20 July 2015, sect 10.

Allen PD, Nelson WH, Graman C et al (2006) Nursing Home Complaints: Who's Complaining and What's Gender Got to Do with It? *Journal of Gerontological Social Work* 47:1-2:89-106. doi:10.1300/J083v4n01\_07.

Beresford P (2014) Personalisation: from solution to problem? In: Beresford P (ed) *Personalisation*. Policy Press, University of Bristol, p 1-26.

Beresford P, Carr S (eds) (2012) *Social Care. Service Users and User Involvement*. Jessica Kingsley Publisher, London.

Bismark MM, Brennan TA, Paterson RJ et al (2006) Relationship between complaints and quality of care in New Zealand: a descriptive analysis of complainants and noncomplainants following adverse events. *BMJ Qual Saf* 15:17-22. doi:10.1136/qshc.2005.015743.

Cavanagh S (1997) Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse Res* 4:5-16.

Cook S (2012) *Complaint management excellence. Creating Customer Loyalty through Service Recovery*. Kogan Page, London, Philadelphia.

Debono D, Travaglia J (2009) Complaints and patient satisfaction: a comprehensive review of the literature. Centre for Clinical Governance Research in Health, University of New South Wales.

Drew P, Heritage J (1992) Analyzing Talk at Work: an introduction. In Drew P, Heritage J (eds) *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings*. Cambridge University Press, Cambridge, 3-65.

Duyvendak JW, Hoijtink M, Tonkens E (2009) Post-Patients Perspectives. User-based Logics and a Never Ending inequality between Users and Professionals. In: Otto H-U, Polutta A, Ziegler H (eds) *Evidence-Based Practice: Modernising the Knowledge Base of Social Work?* Barbara Budrich Publishers, Leverkusen Opladen, p 31-45.

Ellilä K (2007) Terveyskantelun oikeusperusteet; kuntaterveyspalveluiden potilasoikeuksien toteutuminen (Public Health-care Claims during the Years 1994-2007 in Finland). Pilot-kustannus, Helsinki.

Hickson GB, Federspiel CF, Blackford J et al (2007) Patient complaints and malpractice risk in a regional healthcare center. *South Med J* 100:8:791-6. doi:10.1097/SMJ.0b013e318063bd75.

Hirschman AO (1970) *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Harvard University Press, Cambridge, London.

Hsieh YS (2012) An explanatory study of complaints handling and nature. *Int J Nurs Pract* 18:471-480. doi:10.1111/j.1440-172X.2012.02057.x.

Härter M, Elwyn G, van der Weijden T (2011) Policy and practice developments in the implementation of shared decision-making: an international perspective *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen* 105:229–33. doi:10.1016/j.zefq.2011.04.018.

Jayyusi L (1991) Values and Moral Judgment: Communicative praxis as a Moral Order. In: Button G (ed) *Ethnomethodology and the Human Sciences*, p 227-251.

Juhila K (2012) Ongelmat, niiden selittäminen ja kategoriat (Problem explanations and categories). In: Jokinen A, Juhila K, Suoninen E (eds) *Kategoriat, kulttuuri ja moraali (Categories, culture and morale)*. Vastapaino, Tampere, p 131-173.

Juhila K, Hall C, Günther K et al (2014) Accepting and Negotiating Service Users' Choices in Mental Health Transition Meetings. *Social Policy & Administration*. doi: 10.1111/spol.12082.

Julkunen R (2006) Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu (Who's responsible? The limits of the welfare state and public responsibility). *Stakes*, Helsinki.

Julkunen I, Heikkilä M (2007) User involvement in personal social services. In: van Berkel R, Valkenburg B (eds) *Making it personal. Individualising activation services in the EU*. The Policy Press University of Bristol, p 87–103.

Järvelin J, Häkkinen U, Rosenqvist G et al (2012) Factors predisposing to claims and compensations for patient injuries following total hip and knee arthroplasty. *Acta Orthop* 83(2):190–196 doi:10.3109/17453674.2012.672089.

Kaseva K (2011) Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä – integroitu kirjallisuuskatsaus (Customer status, self-determination and influence in the development of health and social care: an integrated review of the literature). *Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita (Reports and memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health)* 16, Helsinki.

Klavus J (2010) Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista (Finnish health, use of health services, and experiences of services). In: Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (eds) *Suomalaisten hyvinvointi 2010 (Finnish welfare, 2010)*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (National Institute for Health and Welfare). Yliopistopaino, Helsinki, p 28-43.

Kennedy D, Fasolino J, Gullen D (2014) Improving the patient experience through provider communication skills building. *Patient Experience Journal* 1:1:56-60 <http://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/10>.

Koivuniemi K, Holmberg-Marttila D, Hirsso P et al (2014) Terveidenhuollon kompassi. Avain asiakkuuteen (Health care compass: a key to customership). Kustannus Oy Duodecim, Riga.

Kotkas T (2009) Terveiden ja sosiaalisen turvallisuuden hallinnointi 2000-luvun Suomessa. Menettelylliset oikeudet ja aktiivinen kansalaisuus (Administration of health and social security in Finland in the 2000s: Procedural rights and active citizenship). *Lakimies* 2:207–225.



Kuosmanen L, Kaltiala-Heino R, Suominen S et al (2008) Patient complaints in Finland 2000-2004: a retrospective register study. *J Med Ethics* 12:34(11):788-92  
doi: 10.1136/jme.2008.024463.

Lammintakanen J (2005) Health Care Priorisation –Evolution of the Concept, Research and Policy Process. Kuopio University Publications E. Social Sciences 116, Kuopio.

Lipsky M (1980) Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services. Russell Sage Foundation, New York.

Mattila Y (2011) Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä. Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. (Major turning points or measured progress? A study of development trends in Finnish health care. Helsinki: The Social Insurance Institution of Finland, Studies in social security and health 116:2011) Juvenes Print- Tampereen yliopistopaino oy, Tampere.

Mäkitalo Å (2005) The Record as a Formative Tool. A Study of Immanent Pedagogy in a Practice of Vocational Guidance. *Qualitative Social Work* 4 (4): 431-449. doi: 10.1177/1473325005058645.

Mäkitalo Å (2002) Categorizing work: Knowing, arguing and Social Dilemmas in Vocational guidance. *Acta Universitatis Gothenburgensis*, Göteborg.

Ocloo J (2010) Harmed patients gaining voice: Challenging dominant perspectives in the construction of medical harm and patient safety reforms. *Soc Sci Med* 71 (3):510-516. doi:10.1016/j.socscimed.2010.03.050.

Pajukoski M (2010) Mitä oikeusturva on (What is legal protection)? In: Pajukoski M (ed) Pääseekö asiakas oikeuksiinsa (Will customers have their rights)? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät-työryhmä. Raportti III (Workgroup on external influences on social and health care: Report III). Yliopistopaino, Helsinki, p 11-41.

Palomäki S (2012) Asiakkaiden osallisuus kuntoutustutkimusprosessissa. Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. (Clients' participation in the rehabilitation assessment process. Clients' experiences of participation and the timeliness of the process in Rehabilitation Assessment Outpatient Clinic.) Professional licentiate's thesis. School of Social Sciences and Humanities, University of Tampere.

Paterson R (2013) Not so random: patient complaints and 'frequent flier' doctors. *BMJ Qual Saf* 22:525-527. doi:10.1136/bmjqs-2013-001902.

Patient involvement (2012) Eurobarometer Qualitative Study. Aggregate Report. European Commission. Directorate-General for Communication, May 2012.

Pichert JW, Hickson G, Moore I (2008) Using Patient Complaints to Promote Patient Safety. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches 2: Culture and Redesign*.

Potilaslaki. Laki potilaan asemasta ja oikeudesta (Act on the Status and Rights of Patients) 1992/785.

Pukk K, Lundberg J, Penaloza-Pesantes RV et al (2003) Do women simply complain more? National patient injury claims data show gender and age differences. *Qual Manag Health Care* 12(4):225-31.

Prottas JM (1979) *People-processing. The Street-Level Bureaucrat in Public Service Bureaucracies*. Lexington Books, Toronto.

Raitakari S, Juhila K (2011) Moraalinen järjestys ja aikuisuuden odotukset ammatillisessa vuorovaikutuksessa: esimerkkinä mielenterveyskuntoutus. (Moral Order of Adulthood in Mental Health Rehabilitation). In: Pehkonen A, Väänänen-Fomin A (eds) *Sosiaalityön arvot ja etiikka*. Ps-kustannus, Juva, p 189-214.

Scholl I, Koelewijn-van Loon M, Sepucha K et al (2011) Measurement of shared decision making – a review of instruments. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen* 105:313–324. doi: 10.1016/j.zefq.2011.04.012.

Sennet R (2003) *Respect in a world of inequality*. New York, W.W. Norton & Company Inc.

Thornborrow J (2002) *Power Talk. Language and Interaction in Institutional Discourse*. Pearson Education, Harlow, London.

Thompson AGH (2007) The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Soc Sci Med* 64:1297–1310. doi:10.1016/j.socscimed.2006.11.002.

Tuomi J, Sarajärvi A (2011) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. (Qualitative research and content analysis)* Tammi, Helsinki.

Uslaner EM (2002) *The Moral Foundation of Trust*. University Press, Cambridge.

Valokivi H (2008) *Kansalainen asiakkaana: tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. (Citizen as a Client. A Research on Participation, Rights and Responsibilities of Elderly People and Offenders.)* Acta Universitatis Tamperensis 1286. University Press, Tampere.

Valvira (2012) *National Supervisory Authority for Welfare and Health, Finland. Patient's charter. Brochures 1:2012.*

Vanhala A, Palomäki S (2015) Muistutus institutionaalisena vuorovaikutuksena terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. (Objection as Institutional Interaction in Healthcare. Journal of Social Medicine)* (forthcoming).

Weber RP (1990) *Basic Content Analysis*, 2nd edn. SAGE Publications, Newbury Park.

Wofford MM, Wofford JL, Bothra J et al (2004) Patients Complaints about Physician Behaviors: A Qualitative Study. *Acad Med* 79(2):134 -138.

# TERVEYDENHUOLLON MUISTUTUS ASIAKKAAN ARVIOIMANA KÄYTÄNTÖNÄ

**Susanna Palomäki:** *YTT, tohtorikoulutettava, Tampereen yliopisto*

**Anni Vanhala:** *YTT, johtava sosiaalityöntekijä, Tampereen yliopistollinen sairaala*

*palomaki.m.susanna@student.uta.fi; ann.vanhala@pshp.fi*

**Janus**

*Janus vol. 24 (1) 2016, 45–61*

## Tiivistelmä

Muistutus on yksi kansalaisen oikeusturvan toteutumiseksi säädetyistä menettelyistä. Se on asiakkaan keino saattaa epäkohtia terveydenhuollon johdon tietoon. Artikkelimme perustuu yhdessä sairaalassa tehtyyn tutkimukseen. Perehdyimme muistutusprosessin läpikäyneiden potilaiden ja omaisten antamiin kyselyvastauksiin (n=93) muistutuksen syistä, käsittelystä ja merkityksistä. Tutkimuksen teoreettisena kehyksenä toimii byrokratiatyö. Olemme kiinnostuneita muistutuksista kansalaisen ja auktoriteettisuhteen välisenä vuorovaikutuksena. Analysoimme aineistoa laadullisen sisällönanalyysin avulla vastauksia luokitellen. Tulosten mukaan tyytymättömyys kohdistui ennen muuta käytökseen ja kohteluun, mutta puutteita todettiin myös ammattitaidon ja erityisosaamisen kohdalla, tutkimusten ja hoitotoimenpiteiden perustelemissa sekä yhteisen kielen ja ymmärryksen jakamisessa. Muistutuksen avulla asiakkaat saivat tietoa ja selvityksiä ja muistutus edesauttoi hoitoon ja tutkimukseen pääsemistä. Muistutuksella oli myös hyvityksen saamiseen ja asioiden sovittamiseen liittyviä merkityksiä. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli kuitenkin sitä mieltä, ettei muistutusprosessi johtanut toivottuun lopputulokseen.

## Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteita luottamukseen, kunnioitukseen ja osaamiseen perustuvista asiakassuhteista koetellaan päivittäin. Käytännössä asiakastiedon hyödyntäminen palveluiden kehittämisessä on kuitenkin vähäistä (Kaseva 2011). Terveystieteiden muistutuksia käsittelevässä artikkelissamme tavoitteenamme on nostaa asiakkaan tieto ja kokemus keskiöön. Muistutus perustuu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (Potilaslaki 1992/785). Asiakasnäkökulmaa korostetaan terveydenhuollon ohella myös sosiaalityön käytännöissä ja tutkimuksessa.

Artikkelimme perustuu yhdessä sairaalassa tehtyyn tutkimukseen. Aineistona ovat muistutuksen tehneille asiakkaille suunnatun kyselyn vastaukset. Muistutus on yksi kansalaisen oikeusturvan toteutumiseksi säädetyistä menettelyistä ja asiakkaan keino saattaa epäkohtia terveydenhuollon johdon tietoon. Muistutuskäytäntöön liittyy asiakas-kansalaisen ja viranomaisen sekä asiantuntijan ja maallikon välisen suhteen jännitteitä (Vanhala & Palomäki 2015). Muistutuksiin vastaava viranomainen ei ole riippumaton taho asiakkaan asiassa. Parhaimmillaan muistutus voi kuitenkin olla nopea ja joustava mahdolli-

suus saada asioita korjatuksi. (Pajukoski 2010.)

Tutkimassamme sairaalassa oli vastattu vuoden 2012 aikana runsaaseen 300 muistutukseen. Valituksiin, kanteluihin, ilmoituksiin ja erilaisiin selvityspyyntöihin oli vastauksia annettu lähes 900 tapauksessa. Muistutusten määrä suhteessa hoitopäivien ja avohoitokäyntien määrään oli pieni, yksi muistutus vajaa 3000 hoitopäivää ja avohoitokäyntiä kohti. Muistutuksiin kannattaa kuitenkin perehtyä, koska niissä toistuvat asiat voivat kertoa laajemmin ihmisten kohtaamista tilanteista terveydenhuollossa. Tutkimusaiheena muistutus on terveydenhuollon asiakkaan, työntekijän ja organisaation näkökulmasta arkaluonteinen, koska se tuo esiin asiakassuhteisiin liittyvää tyytymättömyyttä. Toiveemme on, että tutkimuksemme virittää terveydenhuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia koskevaa keskustelua yksilöllisiä tapauksia yleisemmälle tasolle palvelujärjestelmän kehittämiseksi.

Tarkastelemme muistutuskäytäntöä byrokratiatyön kehityksessä, kansalaisen ja auktoriteettisuhteen välisenä kirjallisen vuorovaikutuksena. Viranomaisen ja asiakkaan välinen vuorovaikutus on tavoitteellista ja epäsymmetristä, ja vuorovaikutukseen osallistuminen on toiminnan rakenteiden säätelemää. (Drew & Heritage 1992; Thornborrow 2002; Mäkitalo 2005.) Olemme kiinnostuneita muistutusten taustalla olevista tyytymättömyyden syistä ja asiakkaiden palautteesta muistutusprosessin toimivuudesta. Kysymme, mitä merkitystä muistutuksen tekemisellä on asiakkaalle ja mitä vaikutuksia sillä on asiakassuhteelle. Lopuksi pohdimme muistutus-

ten perusteella esille tulevia asiakaslähetyisyyden toteutumisen pulmakohтия terveydenhuollossa.

#### **MUISTUTUSPROSESSI VAIHTOEHTONA VALVONTAVIRANOMAISEN KÄSITTELYLLE**

Terveydenhuollon toimintaan liittyvää tyytymättömyyttä voidaan käsitellä sekä hoitavan organisaation sisällä että sen ulkopuolella. Yleensä potilasta ohjeistetaan ensin keskustelemaan tyytymättömyyden kokemuksistaan hoitavan tahon kanssa ja tekemään muistutuksen hoitopaikan terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle vain, jos keskustelu ei tuota toivottua tulosta. Johtajan on vastattava muistutukseen kohtuullisessa ajassa. Vaikka annettuun vastaukseen ei saa hakea muutosta, muistutuksen tekeminen ei rajoita potilaan muutoksenhakuoikeutta tai mahdollisuutta kannella asiastaan valvontaviranomais-  
tahoille. Muistutusprosessin keskeisin ero muihin tyytymättömyyden osoittamisen keinoihin on asian käsittely organisaation sisällä. Sisällöllisesti muistutusprosessin etenemistä on kuvattu myöhemmin tässä luvussa.

Organisaation ulkopuolella tapahtuva tyytymättömyyden käsittely on kanavoitu eri valvontaviranomaisten vastuulle. Potilas voi tehdä kokemistaan terveydenhuollon epäkohdista kantelun sen alueen aluehallintovirastoon, jonka alueella hän on ollut hoidettavana tai sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirastolle (Valvira). Pääsääntöisesti hoitoa koskevat kantelut osoitetaan aluehallintovirastolle. Kantelu osoitetaan Valviralle tapauksissa, joissa hoitovirhe-epäily koskee hoidossa menehtyneen tai vaikeasti vammautu-

neen potilaan hoitoa. Mikäli epäillään, että viranomainen tai virkamies ei ole noudattanut lakia tai täyttänyt velvollisuuksiaan, kantelu osoitetaan eduskunnan oikeusasiamiehelle tai oikeuskanslerille. Kantelulla ei voida kumota hoitoratkaisua tai muuta ratkaisua, eivätkä valvontaviranomaiset voi määrätä vahingonkorvausta maksettavaksi. (Potilaslaki 1992/785, 10§.)

Henkilövahinkoihin voi hakea rahallista korvausta Potilasvakuutuskeskuksesta (Potilasvahinkolaki 1986/585; Vahingonkorvauslaki 1974/412). Potilas voi vaatia asiansa käsittelyä hallinto-oikeudessa, jos kunta tai sairaanhoitopiiri on kieltäytynyt perustellusta hoidosta tai lääkinnällisenä kuntoutuksena pidettävistä apuvälineistä. Lisäksi tahdonvastaisesta hoidosta tehdyistä hoitopäätöksistä on oikeus valittaa hallinto-oikeuteen. (Hallintolainkäyttölaki 1996/586; Mielenterveyslaki 1990/1116.)

Useimmiten muistutusprosessi lähtee liikkeelle potilaan täyttäessä tarkoitukseen suunnitellun lomakkeen. Myös osa sähköpostiviesteistä, potilaiden ja omaisten kirjeistä ja sairaalan palautejärjestelmän kautta tulleista viesteistä päätyy käsiteltäväksi muistutuksena. Vastuuhenkilöinä prosessista sekä vastausten laatimisesta ovat alueiden johtajat. Kirjallisen vastauksen sisällä on usein ”alavastauksia”, joista muistutuksen tekijälle laadittu kokonaisuus muodostuu. Johtajien lisäksi vastauksen antamiseen osallistuvat yleensä ne, joita muistutus varsinaisesti koskee, kuten potilasvastaanottoon tai toimenpiteen suorittamiseen osallistuneet henkilöt. Muistutuksesta ei tule merkintää potilaskertomukseen, johon kirjataan potilaan sairauden kulku, tutkimustu-

lokset ja hoitotapahtumat. Näin potilaan hoito ja siihen kohdentuva tyytymättömyys pidetään erillään toisistaan. Muistutukseen on annettava kirjallinen vastaus kohtuullisessa ajassa. Vuonna 2012 keskimääräinen asian käsittelyaika oli tutkimassamme sairaalassa 30 päivää.

Muistutusasiakirjoihin perustuvan artikkelimme ”Muistutus institutionaalisenä vuorovaikutuksena terveydenhuollossa” (Vanhala & Palomäki 2015) tutkimusaineistona olivat potilaiden ja läheisten tekemät kirjalliset muistutukset (n=229) ja sairaalan niihin antamat kirjalliset vastaukset. Tutkimustulosten perusteella potilaiden ja läheisten tyytymättömyys kohdistui eniten hoitoon ja menettelytapaan (n=190, 83 %), kohteluun tai käytökseen (n=116, 51 %) ja tiedonsaantiin (n=62, 27 %). Vuorovaikutus oli kaksisuuntaista, mutta molempiin suuntiin kertaluonteista ja luonteeltaan erilaisten tietojen vaihtamista. Osapuolten välistä epäsymmetriaa kuvaa se, että maallikko- ja kokemustiedon varassa argumentoiva muistutuksen tekijä voi kyseenalaistaa asiantuntijatiedon, mutta pystyi vain harvoin kumoamaan sitä. Toisaalta muistutuksen tekijä saattoi esittää syytöksiä terveydenhuoltohenkilökuntaa kohtaan, mutta henkilökunta ei esittänyt vastaavaa suhteessa potilaisiin tai omaisiin. Vastauksissa potilaan tai omaisen esittämien selonteiden todenperäisyyttä kuitenkin kyseenalaistettiin. Työntekijöiden selonteot ja potilasasiakirjatiedot eivät joutuneet samankaltaisen kyseenalaistuksen kohteeksi.

Terveydenhuollon muistutuksiin kohdentuvaa tutkimusta on julkaistu Suomessa vähän, lähinnä se on ollut pro gradu-opinnäytetöiden aiheena. Sen

sijaan muutoksenhausta ja kanteluista on tehty tutkimusta etenkin lääke- ja terveystieteiden (esim. Kuosmanen ym. 2008) sekä oikeustieteen (esim. Ellilä 2007) alueilla. Kansainvälisesti terveydenhuoltoon kohdentuvat valitukset (complaint) näyttävät olevan monitieteisesti kiinnostava ilmiö. Niitä on tutkittu etenkin terveyshallinto-, lääke-, terveys-, hoito- ja oikeustieteissä ja joi-takin tutkimuksia löytyy sosiaalitieteis-sä. Valitukset ovat eräs terveydenhuollon laadun mittaamisen väline (Debono & Travaglia 2009). Lähelle tulevana ilmiönä potilasturvallisuuden alueella vali-tuksia ja niiden yhteyttä hoitovirheris-keihin ja haittatapahtumiin on tutkittu esimerkiksi Yhdysvalloissa, Australiassa, Uudessa Seelannissa ja Iso-Britanniassa (Bismark ym. 2006; Hickson ym. 2007; Pichert ym. 2008). Valitusten yhteyttä sukupuoleen ja ikään on tutkittu (Pukk ym. 2003; Allen ym. 2006), kuten myös valitusten syitä (Wofford ym. 2004), kä-sittelyä, luonnetta (Hsieh 2012) ja mer-kitystä (Paterson 2013). Hoitotapahtu-missa kärsineiden ja asiakaskäynneillä pettyneiden ihmisten tietoihin ja ko-kemuksiin paneutumista tarvitaan sekä terveydenhuollon medikaalisten että sosiaalisten prosessien parantamiseksi (Ocloo 2010).

#### **ASIAKKAAN OIKEUKSIEN VAHVISTAMINEN POTILASLAIN JA BYROKRATIATYÖN KEINAIN**

Suomessa potilaan keskeisimmät oi-keudet voidaan jakaa neljään teemaan: oikeus hyvään terveyden- ja sairaan-hoitoon ja hyvään kohteluun, hoitoon pääsyyn, oikeuteen saada itseään kos-kevia tietoja ja itsemääräämisoikeuteen (Valvira 2012). Muistutusten taustalla oleva palveluihin tyytymättömyys ja

sen osoittaminen liittyy kansalaisten oikeuksien toteutumisesta käytävän keskustelun piiriin (Hirschman 1970; Potilaslaki 1992, 3§; Valokivi 2008; Pajukoski 2010; ks. Saarenpää 2010, 78–83). Potilaalla on oikeus kysyä, saada selvitystä, oikeus ilmaista näke-myksensä ja häntä on kuultava (Ete-ne 2011, 5–6). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Potilaslaki 1992/785) tuli voimaan 1993. Lain voimaantulo ajoittuu 1990-luvun lamaa seurannei-siin uudistuksiin, joiden näkökulma-na oli entistä enemmän kustannusten hallinta. Tyypillistä on ollut palveluihin liittyvien menettelyllisten oikeuksien painottaminen. (Julkunen 2006.) Poti-laslakikaan ei anna suoranaista oikeutta hoitoon vaan palveluiden saatavuuteen vaikuttaa esimerkiksi henkilöstö ja ta-lous sekä näkemykset hoidon vaikut-tavuudesta. Potilaslaki on luonteeltaan tavoitteellinen ja aktivoiva, sen avulla potilaan itsemääräämisoikeutta pyritään vahvistamaan ja kansalaisille tarjotaan oikeudellisia perusteita vaatia tarvitse-miaan terveyspalveluita. (Kotkas 2009; Mattila 2011, 219–230.)

Asiakaslähtöisyyden tavoitteet ja näyt-töön perustuvien käytäntöjen vaa-timukset ovat keskeinen osa tervey-denhuollon toimintojen ohjaamista ja johtamista. (Sackett ym. 1996; STM 2009; Kaarakainen ym. 2010.) Tiedon jakaminen asiakkaalle ja hänen valinnan mahdollisuuksiensa lisääminen edellyt-tää entistä tasapuolisempaa ammatti-laisen ja asiakkaan välistä vuorovaiku-tusta. Tavoitteena on hyvin informoitu, yhdessä asiantuntijan kanssa tietoisia valintoja tekevä asiakas, jolloin myös vastuuta valintojen tekemisestä voidaan jakaa asiakkaan ja ammattilaisen kesken. (Härter ym. 2011; Scholl ym. 2011;

ks. Beresford & Carr 2012; Juhila ym. 2014.) Muistutukset ovat yksi mahdollisuus peilata asiakaslähtöisyydelle asetettuja tavoitteita käytäntöön.

Lainsäädäntö ja terveydenhuollon johtamisen instituutio tekevät muistutuksesta hallinnollisen byrokratiatyön prosessin. Byrokratiatyö liitetään ihmisten prosessointiin ja rutiininomaiseen tapaan käsitteellistää asiakkaiden elämäntilanteita ja tehdä ratkaisuja. (Protas 1979; Lipsky 1980; Mäkitalo 2002, 2–3.) Byrokratiatyön kritiikki kohdentuu usein ihmisten liukuhihnamaiseen käsittelyyn, jossa ihminen yksilönä ei tule kohdatuksi eikä viranomaisen kielellä tavoita kansalaista (Palomäki 2012, 82, 121). Terveydenhuollossa ihmisten prosessointia voidaan tarkastella myös suhteessa diagnoosiperusteisiin hoitoprosesseihin. Liiketalouden malleja tavoitteleva terveydenhuolto on tasapainoilua tehokkaan, ei-yksilöllisen hoitoprosessin ja potilaan yksilöllisten fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden yhteensovittamisen välillä. (Ks. Koivuniemi ym. 2014.) Esimerkiksi potilasasiakirjojen voidaan katsoa syntyvän ainakin osittain potilaan ja ammattilaisen vuorovaikutuksen tuloksena ja diagnooseilla ja hoitomääräyksillä tuotetaan samalla potilaan asemaa. Diagnoosiluokitukset, kuten muutkin luokitusjärjestelmät, tekevät näkyväksi tiettyjä asioita, mutta samalla vaientavat toisia. (Ks. Raitakari & Juhila 2011, 195; Gerlander ym. 2014, 27–28.)

Ammatillisissa käytännöissä syntyy väistämättä tilanteita, joissa eettiset periaatteet ovat keskenään ristiriidassa ja tehty ratkaisu on aina jostakin näkökulmasta tarkasteltuna ei-toivottava. Asian tuntijoilla ja asiakkailla on myös omat

näkemyksensä siitä, mikä on hyvää tai pahaa, oikein tai väärin, hyväksyttävää tai ei-hyväksyttävää. Tämänkaltaisiin kysymyksiin ei ole yksiselitteisiä vastauksia, vaan ne vaativat tilannekohtaista punnintaa. (Raitakari & Juhila 2011, 190–191.) Muistutuksissa asiakkaat tuovat esiin tilanteita, joissa on toimittu heidän odotustensa vastaisella tavalla. Sairaalan muistutusvastauksiin kohdistuu suuria odotuksia, koska asiakkaat odottavat vastausten tekevän ymmärrettäväksi tai tunnustavan heidän kokemansa poikkeavan toiminnan. (Ks. Raitakari & Juhila 2011, 194.)

#### TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TOTEUTTAMINEN

Tutkimushankkeelle on saatu sairaalan eettisen toimikunnan myönteinen lausunto ja tutkittavan organisaation tutkimuslupa. Edeltävästi ennen kyselytutkimuksen toteuttamista tutustuimme sairaalan muistutusasiakirjoihin vuodelta 2012. Muistutusasiakirja-aineistosta karsimme pois yksittäiset potilasasiakirjamerkintöjen korjausvaatimukset sekä ne sairaanhoidon alueet, joissa muistutuksia olisi ollut alle 10. Muistutusasiakirja-aineistoon tutustumisen ohella koimme tärkeäksi selvittää, mitä merkitystä muistutuksen tekemisellä on ollut potilaille/läheisille ja mitä vaikutuksia muistutusprosessiin osallistumisella on ollut asiakassuhteelle.

Kyselytutkimuksen empiiristä aineistoa voidaan pitää tutkittavan ilmiön kannalta luotettavana, koska se on osoitettu muistutuksen tehneille henkilöille itselleen. Kysely lähetettiin sairaalan muistutusvastauksen vuonna 2012 saaneille henkilöille tietyin rajauksin: kysely osoitettiin täysi-ikäisille muistutus-



vastauksen saajille, joiden osoitetiedot olivat selkeästi muistutusasiakirjoissa esillä. Jos asiakirjoista tuli esille muistutuksen ohella tehty muutoksenhaku tai kantelu, emme lähettäneet kyselyä, koska pyrimme kohdentamaan tutkimuksen sairaalan sisäisiin prosesseihin. Kyselylomake oli osittain strukturoitu niin, että valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi tilaa oli avoimille vastauksille. Avointen kysymysten tarkoituksena oli lähinnä tarkentaa strukturoitua vastausvaihtoehtoa pyytämällä vastaajia perustelemaan, miksi he valitsivat tietyn vastausvaihtoehdon. Vastaajat esiintyivät kyselyssä nimettöminä. Lomakkeessa olevat kysymykset kohdentuivat tietoihin muistutuksen tekijästä, kohteesta ja asiasisällöstä, muistutusprosessin kulusta ja vaikutuksista sekä kehittämisehdotuksista.

Kyselyn vastausprosentti oli 44 % (n=93/210). Analysoimme aineistoa laadullisen sisällönanalyysin avulla vastauksia luokitellen. Sisällönanalyysiä voidaan pitää sekä yksittäisenä analyysimetodinä että väljänä teoreettisena kehyksenä. Merkityt asiat kerätään yhteen luokitellen, teemoitellen tai tyypitellessä aineistoa. Artikkelimme analyysissä hyödynnämme teorialähtöistä aineiston analyysitapaa. Teorialähtöinen sisällönanalyysi aloitetaan analyysirungon muodostamisella. Analyysirunko voidaan muodostaa deduktiivisesti tutkimustehtävän perusteella. (Weber 1990; Cavanagh 1997; Eskola 2007; Tuomi & Sarajärvi 2009.) Valitsimme analyysirungoksi kyselylomakkeen sisällön ja tutkimustehtävän kannalta keskeisimmät teemat: muistutuksen aihe, muistutuksen tekemiseen saatu tuki ja selvittelytahot, muistutusprosessin toimivuus ja muistutuksen vaikutukset.

Muistutusprosessin käynnistymiseen ja tyytymättömyyttä herättäneisiin asioihin tai tapahtumiin liittyvät vastaukset olivat hyvin koottavissa, koska ne keskittyivät tiettyihin kyselylomakkeen osioihin. Sen sijaan muistutusprosessin toimivuutta ja vaikuttavuutta arvioivia kuvauksia löytyi kyselyvastauksissa kauttaaltaan ja tästä syystä niiden löytäminen ja kokoaminen tekstistä vaati tarkkuutta ja useampaa lukukertaa. Avovastausten laajuus ja yksityiskohtaiset tapahtumakuvaukset mahdollistivat analyysin viemisen yksityiskohtaiselle tasolle esimerkiksi muistutusprosessin toimivuuden reunaehtojen määrittelyyn. Luokittelun muodostamisen jälkeen aineiston sisältöä on kuvattu myös kvantitatiivisesti.

Suurin osa kyselyyn vastaajista oli naisia (n=68, 73 %) ja lähes puolet (n=42, 45 %) oli syntynyt 1950–1960-luvuilla. Sosioekonomisen taustansa ilmaisseista vastaajista työelämässä oli 51, työmarkkinoiden ulkopuolella (eläkkeellä, työtön tms.) 36 ja opiskelijoita kaksi henkilöä. Muistutukset olivat kohdistuneet eniten omaan hoitoon (n=70, 75 %), mutta myös omaisen, kuten lapsen, puolison tai vanhemman hoitoon (n=23, 25 %). Olemme koonneet kyselyvastausten tulokset taulukkoon (taulukko 1). Taulukon jälkeen avaamme numeerista koontia hyödyntäen avovastauksissa olleita selontekoja. Kurssiivilla olevat kohdat ovat suoria otteita kyselyvastauksista ja otteen jälkeen sulussa oleva numero kertoo otteiden olevan eri kyselylomakkeista. Aineiston jäsennyksessä tavoittelemme prosessin kulkua muistutuksen tekemisestä vastauksen saamiseen ja muistutusprosessin jälkeisiin vaikutuksiin.



**Taulukko 1.** Kyselyiden vastaukset

<b>A. Muistutuksen aihe</b>	Monessako vastauksessa	%-osuus vastauksista
Ei kuunneltu/uskottu	59	63
Myötätunto, välittäminen	47	51
Kunnioitus	44	47
Ammattitaito, osaaminen	38	41
Tutkimusten/ hoidon perusteleminen	27	29
Yhteinen kieli (ei ymmärtänyt hoitavan henkilön puhetta)	9	10
<b>Avovastaukset</b>		
Käytös ja kohtelu	28	30
Hoitovirhe	26	28
Erimielisyys hoidosta/ hoitolinjauksesta	18	19
Tiedon saanti	12	13
Hoitoon pääseminen	12	13
<b>B. Muistutuksen tekemiseen saatu tuki ja selvittelytahot</b>		
Ohjausta/ apua saaneet	38	41
Ei saanut ohjausta/apua, mutta olisi sitä halunnut	25	27
Selvittelevä yhteydenpito sairaalaan ennen muistutuksen tekemistä	21	23
Selvittelevä yhteydenpito sairaalaan muistutuksen tekemisen jälkeen	9	10
Selvittelevää yhteydenpitoa ei ollut	62	67
Hallintokantelun kyseessä olevasta asiasta tehneet	9	10
<b>C. Muistutusprosessin toimivuus</b>		
Muistutus johti siihen, mitä odotti	20	22
Muistutus ei johtanut siihen, mitä odotti	54	58
Muistutus johti osittain siihen, mitä odotti	8	9
Vastaus vastasi odotuksia	23	25
Vastaus ei vastannut odotuksia	54	58
Vastaus vastasi osittain odotuksia	12	13
Muistutus on hyvin toimiva käytäntö	36	39
Muistutus ei ole hyvin toimiva käytäntö	57	61
<b>Avovastaukset (odotukset/toimivuuden reunaehdot)</b>		
Henkilökohtainen keskustelu/kohtaaminen (kasvokkain, puhelimitse)	36	39
Virheen/huonon kohtelun myöntäminen	32	34
Anteeksipyyntö/pahoittelu	23	25
Puolueettomuus/objektiivisuus	22	24
Ulkopuolisen valvonnan/valvojan läsnäolo muistutusprosessissa	11	12
<b>D. Muistutuksen vaikutukset</b>		
Vaikutti saatuaan hoitoon/ kohteluun positiivisesti	11	12
Vaikutti saatuaan hoitoon/ kohteluun negatiivisesti	12	13
Ei vaikuttanut hoitoon/ kohteluun	57	61
Vaikutti omaan suhtautumiseen sairaalaa/ henkilökuntaa kohtaan negatiivisesti	61	66
Vaikutti omaan suhtautumiseen sairaalaa/ henkilökuntaa kohtaan positiivisesti	1	1
Ei vaikuttanut omaan suhtautumiseen sairaalaa/ henkilökuntaa kohtaan	25	27

## KUN KOHTAAMINEN EI ONNISTU JA KESKUSTELUYHTEYTTÄ EI SYNNY

### *Muistutuksen aihe (A)*

Kartoitimme muistutuksen tekemiseen johtaneita syitä sekä strukturoiduilla vaihtoehtoilla että avoimilla kysymyksillä. Strukturoiduista vastausvaihtoehtoista muistutuksen tehneet katsoivat tyytymättömyyden syitä kuvaavan eniten puutteet kuulluksi tulemisessa sekä myötätunnon, välittämisen ja kunnioituksen osoittamisessa. Ammattitaidon ja erityisosaamisen osoittamisessa, tutkimusten ja hoitotoimenpiteiden perustelemisessa sekä yhteisen kielen ja ymmärryksen jakamisessa todettiin myös olleen puutteita. Tyytymättömyys kohdentui laajalti erilaisiin asioihin: alle puolet vastauksista sisälsi yhdestä kahteen asiasisältöä ja yli puolessa asiasisältöjä oli kolmesta seitsemään.

Kaikki kyselyyn vastanneet olivat kirjoittaneet vapaamuotoisen kuvauksen muistutuksen syystä tai siihen johtaneesta tapahtumasta. Jaottelimme avovastaukset jakaen ne sisältöjen perusteella hoitoon pääsyyn, tiedon saantiin, hoitoa tai hoitolinjausta koskevaan erimielisyyteen, käytökseen ja kohteluun sekä hoitovirheeseen. Mikäli yhdessä avoimen kohdan vastauksessa oli kaksi tai useampi muistutuksen aihe, teimme tulkinnan vastausten osalta niin, että yksi vastaus otettiin mukaan vain yhteen sisältöluokkaan sen mukaan, milaista sisältöä vastaus eniten kosketi.

Eniten löysimme käytökseen ja kohteluun liittyviä sisältöjä:

Kun potilas käy vastaamaan, toisen sanan jälkeen lääkäri puhuu päälle. Lää-

käri vähättelee potilaan kipua. Potilas ei saa yhtään sanoa omaa mielipidettä (26)

puhumattomuus ts. potilaan piti aloittaa keskustelu (84)

Myös hoitovirheitä ja erimielisyyttä hoidosta/ hoitolinjauksesta esiintyi:

Tämä valitettava tapahtumaketju olisi nähdäkseen ollut vältettävissä, mikäli ruutiinomainen [toimenpiteen nimi] olisi tehty riittävällä huolellisuudella (16)

hoidon lopettaminen kesken (54)

Kyselyyn vastaajat kuvasivat tiedon saantiin liittyviä hankaluuksia:

Kuukauden kuluttua soitin, ei annettu tietoa. Noin 7 viikon kuluttua [...] potilas sai tuskailta ja odottaa vastausta (8)

Hoitoon pääsemiseen liittyvät vaikeudet tulivat usein esille:

synnytystä ei voitu käynnistää, koska synnytyssalissa ei ollut tilaa (15)

ei oteta sinne enää hoitoon, vaikka oireet ovat lisääntyneet (30)

Muistutusten sisältöjen vakavuus vaihteli hoitohenkilökunnan epäystävällisen kommentin aiheuttamasta mieliharmista aina kuolemaan johtaneisiin hoitovirheisiin ja niiden epäilyihin.

### *Muistutuksen tekemiseen saatu tuki ja selvittelyt (B)*

Vastaukset perustuvat kyselylomakkeen strukturoituihin vaihtoehtoihin. Yleisimmin muistutuksen tekemiseen saatiin ohjausta ja apua potilasasiamieheltä

(n=27). Muut muistutuksen tekemisessä avustaneet olivat omaisia ja läheisiä (n=5), sosiaalityöntekijöitä (n=3), sairaalan sihteeri (n=1), yksityisen sektorin lääkäri (n=1) sekä hoitaja (n=1). Ei-apua saaneista vastaajista noin joka neljäs ilmoitti, että olisi halunnut saada apua muistutuksen tekemiseen.

Noin joka kolmannessa tapauksessa asiaa pyrittiin selvittämään ennen tai jälkeen muistutuksen tekemisen. Ennen muistutuksen tekemistä osa oli ollut yhteydessä sairaalaan. Useimmiten selvittely tapahtui puhelimitse ja muutamissa tilanteissa kasvokkain sairaalassa. Muistutuksen tekemisen jälkeen, mutta ennen sairaalan kirjallisen vastauksen saamista, yhteydenpitoa oli yhdeksässä tapauksessa. Valtaosa ilmoitti, ettei asiaa selvittävää yhteydenpitoa ollut ennen eikä jälkeen muistutuksen tekemisen.

Yhdeksän vastaajaa kertoi tehneensä kantelun aluehallintovirastoon tai Valviraan kyseessä olevasta asiasta. Huomioidakoon, että pyrimme ennen kyselyn lähettämistä karsimaan otannasta pois ne tapaukset, joista muistutusasiakirjojen perusteella ilmeni kantelun tekeminen ja suuntamaan kysely sairaalan sisällä käsiteltäviin tapauksiin. Rinnakkaisten tai peräkkäisten samaa asiaa koskevien muistutusten ja kanteluiden määrä on oletettavasti enemmän suhteessa kaikkiin muistutuksiin kuin tässä otoksessa.

### *Muistutusprosessin toimivuus (C)*

Vastaukset perustuvat sekä strukturoituihin että avoimiin kysymyksiin. Useimpien vastaajien mielestä muistutus ei johtanut toivottuun lopputulokseen (n=54, 58 %), sairaalasta saatu

kirjallinen vastaus ei vastannut odotuksia (n=54, 58 %) eikä muistutusprosessi ole nykyisessä muodossaan toimiva (n=57, 61 %). Joka neljäs kyseenalaisti avovastauksissa muistutusten käsittelyn puolueettomuutta ja objektiivisuutta ja joka yhdeksäs vastaajista toivoi sairaalan ulkopuolisen tahon tai henkilön läsnäoloa prosessissa. Vastaajista joka viides oli sitä mieltä, että muistutus johti siihen, mitä odotti ja joka neljäs katsoi sairaalasta saadun kirjallisen vastauksen vastanneen heidän odotuksiaan. Joidenkin mielestä odotukset täytyivät osittain sekä toivotun lopputuloksen että sairaalan vastauksen osalta.

Tyytyväisiä oltiin siihen, että sairaalan vastauksista saatiin tietoa ja selvitystä tapahtumista, omasta sairaudesta ja tutkimuksista:

sain tarkemman selvityksen tutkimuksestani, josta ilmeni [...] tätä en ollut tiennyt, eikä sitä ollut minulle selvitetty (11)

Odotuksiin vastaaminen liitettiin usein vastauksen asiallisuuteen ja kohteliaisuuteen. Hyvänä nähtiin se, että tarjottiin tapaamista sairaalassa muistutuksessa olleen asian johdosta. Joka kolmas vastaajista olisi toivonut henkilökohtaisempaa kohtaamista, esimerkiksi tapaamista tai puhelinsoittoa. Merkityksellisenä pidettiin asian käsittelyä sairaalan työyhteisössä ja pyrkimystä muuttaa ja parantaa käytäntöjä. Tyytyväisiä oltiin myös siihen, että sairaalassa myönnettiin tapahtunut virhe, epäasiallinen kohtelu ja tapahtumien ei-toivottu kulku:

Myönnettiin osastolla tehty tilannearvio vääräksi ja kerrottiin, että vastaisuus-

nessa konsultoidaan päivystävää [erikoislääkärinä] (24)

Pahoittelua pidettiin asiaan kuuluvana, mutta ei yksiselitteisesti. Osa koki, että pahoittelu ei riitä, jos virheitä ei myönnetä ja pyritä korjaamaan tilannetta. Tyytymättömyytensä esiin tuoneet odottivat henkilökohtaisempaa keskustelua ja kohtaamista (n=36, 39 %), virheen tai huonon kohtelun myöntämistä (n=32, 34 %) ja anteeksipyyntöä tai pahoittelua (n=23, 25 %):

kunnon anteeksipyyntö, pahoittelu, keskustelu ihmisen kanssa, joka ei olisi vain puolustellut, vaan todella ymmärtänyt, ja tehnyt jotain korjatakseen asioita (36)

Vastausten ammattilaiskieltä kommentoitiin ja muistutuksiin perehtyminen tuotti pettymystä:

palautteen vastaus pitäisi tulla selkeästi ja niin että muutkin kuin 10 v lääketiedettä opiskelleet ymmärtävät sen (58)

muistutustani ei ollut edes kunnolla luettu vastauksen perusteella (65)

kaivanut pöytälaatikosta vakio-fraasi vastauksen (64)

Useissa kyselyvastauksissa nostettiin esiin sairaalan vastausten puolueellisuus ja kyseenalainen kollegiaalisuus, epäiltiin ”hyvä veli -suhteiden” painavan asiakkaan esille tuomaa epäkohtaa ja sen korjaamista enemmän. Sairaalan henkilökunnan tekemisten puolustelu ja potilaan syyllistäminen tuli myös esille:

odotin, ettei vastine vastaa mihinkään vaan että henkilökunta suojelee oman selustansa, vastine oli juuri tällainen (82)

päälimmäiseksi jäi tunne, että potilas oli syyllinen, mutta itse näin rivien väliin, vaikka siinä puolusteltiin omia tekemisiä eikä vastattu kysymyksiini, uskon että tämä kokemus mietittiin kuitenkin läpi ja se toivottavasti opetti jotain heille itselle (43)

Vaikka yllä olevan otteen muistutuksen tekijä ei ollut tyytyväinen saamaansa vastaukseen, hän kuitenkin uskoi muistutuksen olleen oppimisen mahdollisuus sairaalan henkilökunnalle. Monissa kyselyvastauksissa korostettiin yhteisen hyvän hoidon ja kohtelun edistämistä oman tapauksen esille nostamisen avulla.

#### *Muistutuksen vaikutukset (D)*

Yli puolet vastaajista (n=57, 61 %) oli sitä mieltä, ettei muistutuksella ollut vaikutusta jatkossa saatuun hoitoon ja kohteluun. Muistutuksen tekemisellä ja siihen liittyvillä tapahtumilla oli kuitenkin jossain määrin vaikutusta siihen, miten potilas tai omainen tuli jatkossa sairaalassa kohdelluksi. Vaikutusten positiivisena puolena pidettiin henkilökunnan aiempaa ystävällisempää ja kohteliasta käytöstä sekä hoidon saamista ja muutoksia hoitopaikassa:

minulle oltiin ystävällisempiä ja kohteliaita ja sain pikavauhtia uuden ajan, jolloin asiani selvitettiin (72)

hoidon uudelleen avaaminen (54)

siirryin toiseen hoitoyksikköön ja siellä oleva lääkäri kuunteli minua ja suunnitteli lääkityksen sen mukaisesti (33)

Negatiivisena nähtiin se, että tavoittelua hoitoa tai tutkimusta ei muistutuksen jälkeen saanut tai hoito ei jatkunut. Henkilökunnan suhtautumisen nähtiin muuttuneen esimerkiksi väheksyväksi ja vastauksissa kuvattiin myös tilanne, jossa potilaan oli hoidon jatkamiseksi sovittava henkilökunnan kanssa, ettei enää valita kohtelusta. Myös kiusanteon tai tahallisen asioiden viivästyttämisen kohteeksi joutumisesta kerrottiin, kuten se ettei hoitohenkilökuntaan kuuluva saavu sovittuun neuvotteluun, kipulääkityksen antaminen viivästyy ja tarvittavaa lausuntoa ei kirjoiteta. Kuvauksia potilaan joutumisesta henkilökunnan vahtimisen kohteeksi sekä muistutuksen tekijän pelosta tiettyjä henkilökuntaan kuuluvia kohtaan tuli myös esille.

Vastaajat arvelivat muistutusprosessin vaikuttaneen enemmän heidän omaan asennoitumiseensa hoitavaa tahoa kohtaan kuin hoitavan tahon asennoitumiseen heitä kohtaan. Vain yhden vastaajan osalta kokemus vaikutti omaan suhtautumiseen positiivisesti. Joka neljäs vastaajista (n=25, 27 %) oli sitä mieltä, että muistutuksen tekemisellä ei ollut vaikutusta omaan suhtautumiseen sairaalaa ja henkilökuntaa kohtaan. Suurimman osan (n=61, 66 %) mielestä oma suhtautuminen muuttui ainakin jossakin määrin negatiivisemmaksi. Monet kuvasivat pelkäävänsä sairaalaa ja tilanne saattoi johtaa hoidon välttämiseen:

pelkään ja vihaan sairaalaan joutumista, itseni tai lähimmäisten (56)

kyseiselle poliklinikan lääkärielle en mene jos ei ole muuta vaihtoehtoa olen ilman hoitoa (62)

Useat muistutuksen tekijät kuvasivat suhtautumisensa muuttuneen entistä tarkkaavaisemmaksi ja vaativammaksi. Jatkossa osataan vaatia apua, kysyä ja kyseenalaistaa hoidon linjauksia ja sairaalan toimintaa. Odotukset asiallisesta kohtelusta ja henkilökunnan kommunikointikyvystä ovat muistutusprosessin myötä nousseet. Yhtäältä luottamus on saanut kolauksen:

olen hyvin varauksellinen, se on paikka, josta ei voi olla varma kohtelussa (18)

Toisaalta vaatimustaso hoidon ja kohtelun suhteen on noussut:

vastaanotolla odotusarvo selkeästä potilaan informaatiosta on noussut, samoin odotukset asiallisesta kohtelusta (50)

Muutamissa kyselyvastauksessa viitattiin siihen, että asiakas muuttuu jatkossa hankalaksi potilaaksi, mikä yhdistettiin kasvaneisiin odotuksiin hyvien palveluiden ja henkilökunnan keskustelutaidon suhteen.

### *Muistutusprosessin kehittäminen*

Muistutusprosessin kehittämisen ideoita etsimme avoimista kysymyksistä. Useimmissa vastauksissa kirjallista muistutusmenettelyä korvaavana ja parempana muotona pidettiin keskustelua hoitavan tahon kanssa:

henkilökohtaista keskustelua tilanteestani ja sitä muistutuksessani toivoin, mutta se ei toteutunut (53)

keskustelu antaisi enemmän potilaalle ja sairaalalle (70)

Kasvokkaisen keskustelun lisäksi puhelinkeskustelua pidettiin mahdollisena. Myös muistutuksen korvaavan, mielellään välittömän palautteen antaminen kaikkien sairaalakäyntien yhteydessä nostettiin esille. Ehdotuksena oli esimerkiksi välittömästi osastojakson päätyttyä ennen sairaalasta poistumista käytävä keskustelu, jossa kysyttäisiin asiakkaan näkemystä hoidosta ja muista mahdollisesti mieltä askarruttavista kysymyksistä. Henkilökunnan kiireen ja vähäisten henkilöresurssien nähtiin kuitenkin ehkäisevän asioiden välitöntä käsittelyä.

#### TIETOA, HOITOA JA HYVITYSTÄ

Kyselytutkimuksessa käyttäytymiseen ja kohteluun liittyvät epäkohdat saivat suuremman painoarvon muistutukseen johtaneena syynä kuin muistutusasiakirja-aineistosta saaduissa tuloksissa (Vanhala & Palomäki 2015). On mahdollista, että käytökseen ja kohteluun tyytymättömät henkilöt vastasivat muita aktiivisemmin kyselyyn, kenties perätäkseen myötätuntoa, välittämistä ja kunnioituksen osoittamista (ks. Martin 2012, 207, 234; Palomäki 2012, 120). Kyselytutkimus vahvistaa havaintoa siitä, että ilman kuulluksi ja ymmärretyksi tulemista henkilö jää osattomaksi omassa hoitoprosessissaan (Valokivi 2008, 66; ks. Palomäki 2012, 116–117). Muistutuksella ja siihen annetulla vastauksella pystyttiin harvoin korjaamaan hoitosuhteessa tapahtunutta, asiakkaan kokemaa luottamuksen menetystä hoitavaa tahoa kohtaan. Sen sijaan asiakkaan suhtautuminen muuttui muis-

tutusprosessin myötä usein aiempaa negatiivisemmaksi sairaalaa kohtaan.

Konkreettinen muistutusprosessin merkitys asiakkaalle oli tiedon ja selvitysten saaminen hoidosta ja tutkimuksista. Johdon tiedoksi tulleet epäkohdat sekä muistutuksen tekijän esittämät perustelut ja vaatimukset edesauttoivat myös hoitoon ja tutkimuksiin pääsemistä. Tietoa ja hoitoa vaikeammin konkretisoitavissa on tunnetasolla vaikuttava hyvityksen ja asioiden sovittamisen tarve. Muistutusprosessi on moraalisen järjestyksen (Jauyusi 1991; ks. Raitakari & Juhila 2011) ylläpitämistä ja rajanvetoa sille, mikä on terveydenhuollon palveluissa hyväksyttävää ja mikä ei. Järjestystä voi rikkoa esimerkiksi olemalla työkeä omaiselle tai välinpitämätön potilaan kivulle. Muistutuksilla on moraalista järjestystä korjaava ja vahvistava merkitys esimerkiksi silloin, kun sairaalan johto ottaa kantaa hyväksyttävästä toiminnasta ja käytöksestä. Vastaus voi hyvittää ja sovittaa tapahtunutta silloinkin, kun hoidossa on tapahtunut virhe tai vahinko. Sairaalan vastauksissa esitetyt pahoittelut ja anteeksipyynnöt eivät aina olleet kyselyyn vastanneiden mielestä vakuuttavia. Lähes joka neljäs vastaajista kuitenkin huomioi anteeksipyyntönsä ja pahoittelun, mikä vahvistaa niiden merkitystä asiakkaalle.

Vaikka potilaan hoito ja siihen kohdennettu tyytymättömyys pyritään pitämään erillään toisistaan, lähes joka neljäs vastaajista raportoi muistutuksen vaikuttaneen myöhemmin heidän saamaansa hoitoon tai kohteluun. Joka kahdeksas vastaajista raportoi muistutuksen vaikutuksen olleen kielteinen. Vaikka kielteisten vaikutusten osuus ei ole suuri, se on merkittävä vaarantaessaan potilaan

oikeutta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Lähes joka neljäs vastaajista totesi epäluottamustaan sairaalan antamien vastausten puolueettomuuteen ja objektiivisuuteen ja joka yhdeksäs esitti toiveensa ulkopuolisen valvonnan läsnäolosta.

Muistutuksen taustalla ollut asia tai tapahtuma on usein ikävä, peruuttamaton ja ei-korjattavissa oleva. Oman edun tai henkilökohtaisen paremman hoidon tavoittelun rinnalla muistutuksiin kannusti halu kehittää palveluita muiden potilaiden eduksi ja yhteiseksi hyväksi. Muistutuksen tekeminen ja siihen vastaaminen vaatii molemmilta osapuolilta aikaa ja halua tilanteen selvittelyyn. Kyselyvastausten perusteella muistutuksen tehneet olivat valmiita käymään keskustelua enemmän ja laajemmin kuin muistutuksiin vastanneilla näytti olleen aikaa ja halua.

## JOHTOPÄÄTÖKSET

Tarkkaavainen ja vaativa suhtautuminen palveluihin sopii tämän päivän terveysjohtamisen ideologiaan. On suotavaa, että potilaat ja omaiset ottavat vastuuta omasta tai läheisensä hoidosta, hankkivat ja vastaanottavat tietoa, ottavat kantaa ja osallistuvat hoitopäätösten tekemiseen. (Härter ym. 2011; Koivuniemi ym. 2014.) Tällainen osallisuus on haaste niin ammattilaisten kuin asiakkaiden asenteille ja ajankäytölle (Patient involvement 2012, 71) sekä palveluiden resurssoinnille.

Muistutusiasioita ratkotaan yksilötasolla, jolloin rakenteisiin liittyvät seikat, kuten hoidon ja tutkimusten aikana asiakkaalle annettava aika jää vähäiselle

huomiolle. Asiakassuhteen luomiselle ja tiedon läpikäymiselle tarvitaan aikaa. Tähän erikoissairaanhoidon tuotantokeskeiset prosessit eivät pysty kovin hyvin vastaamaan tekniikoiden ja menettelytapojen korostuessa (ks. Beresford 2014, 20–21). Organisaation tulosvastuun vaatimukset yhdessä puutteellisten resurssien kanssa nähdään jopa esteenä potilaan aidolle kohtaamiselle (Palomäki 2012, 67). Kertaluonteinen oikean diagnoosin ja hoidon nopea antaminen ilman asiakkaan elämäntilanteen huomioimista ei vaikuta riittävältä. Ajan puute ei selitä kuitenkaan kaikkea. Vuorovaikutuksen esteinä pidetään epäluottamusta, monologia keskustelun sijaan sekä arvostuksen ja kunnioituksen vähäisyyttä (Sennett 2004; Harisalo & Miettinen 2010, 77). Muistutusten perusteella keskeisimpiä ongelmakohtia olivat asiakasta kuuntelevan ja arvostavan vuorovaikutuksen puutteet. Muistutusprosessi ei myöskään mahdollistanut asiakkaalle avointa keskustelua tyytymättömyyttä synnyttäneestä tilanteesta. Reilu kolmannes vastaajista toivoi henkilökohtaisempaa asioiden käsittelyä ja siihen liittyen kuulluksi tulemistä. Menettelyllisiä prosesseja kehitettäessä tulisi kiinnittää huomiota toiminnan luonteeseen asiakkaan tarpeiden lähtökohdista. Samalla kun raha- ja tehokkuuskeskeinen puhetapa vahvistuvat, tarve eettiselle keskustelulle ja toimintatavalle lisääntyy (Heinonen 2014, 58–61).

Muistutusprosessiin kohdistuu byrokratiatyön oikeudenmukaisuuden ja kansalaisten tasa-arvoisen kohtelun odotuksia sekä osapuolten erilainen vastuun, velvollisuuksien, oikeuksien ja seuraamusten logiikka. Asiakkaan ja ammattilaisen välinen suhde perustuu

harvoin tasapuoliseen kumppanuuteen. (Duyvendak 2009; Rostila & Vinnurva 2013.) Asiakkaat tiedostavat, että ammattilaisilla on organisaation edustajina kotikenttäetu suhteessa maallikko-asiakkaisiin, jotka eivät tunne organisaation toimintatapoja ja periaatteita (ks. Jokinen 2012, 263). Esimerkkinä tästä muistutuksen tekijät kertoivat ammattilaisten keskinäisestä liittoutumisesta. Kollegiaalisuuden ajateltiin vaikuttavan sairaalan sisällä muistutusten käsittelyyn henkilökunnan ja johtajien suojellessa toisiaan sairaalan ja asiakkaan välisissä ristiriitatilanteissa. Mikäli muistutusprosessilla halutaan korjata luottamusta sairaalan toimintaan, sen tulisi vakuuttaa muistutuksen tekijä käsittelyn puolueettomuudesta ja ylläpitää keskusteluyhteyttä asiakkaan kanssa prosessin aikana.

Terveydenhuollon asiakkaan asemaa on pyritty edistämään oikeuksien näkökulman vahvistamisella ja terveysmarkkinoiden laajentamisella. Hoitopaikkojen lisääntyvä valinnanvapaus tuskin poistaa eriäviä näkemyksiä hoidon tarpeellisuudesta, mutta se voi nopeuttaa hoitoon pääsyä ja parantaa asiakkaan kokemusta hyvästä kohtelusta. Palveluiden käyttäjien odotetaan valitsevan parhaina kokemansa hoitopaikat ja tämän vahvistavan asiakaslähtöisyyttä. Valinnanvapaus voi kuitenkin olla näennäistä palveluiden rajallisen saavutettavuuden ja asiakkaiden taloudellisten resurssien vuoksi (ks. Mattila 2011, 328–330). Resurssien ja hoidon priorisoinnin yhteensovittaminen sekä potilaiden oikeudenmukainen ja tasa-arvoinen kohtelu ovat terveydenhuollon keskeisimpiä kysymyksiä (ks. Lammintakanen 2005; Niemi 2008, 113–114; Pärnänen 2013). Terveyden-

huollossa kertyy päivittäin tietoa, jonka perusteella arvioida ja ottaa kantaa asiakaslähtöisyyden tilaan yksilötasoa laajemmin. Katse tulisi suunnata erityisesti sinne, missä heikoimmassa asemassa olevien tukeminen ja kunnioittava kohtelu uhkaa muuttua palveluista syrjäyttäväksi käytännöiksi (ks. Kivipelto & Kotiranta 2014). Terveyserojen kasvaessa tulisi nostaa esille tilanteita, joissa erilaiset sosiaaliset lähtökohdat vaikuttavat palveluiden saamiseen ja ihmisten kohteluun. Jatkotutkimusaiheena edellä olevaa voisi kartoittaa esimerkiksi tutkimalla asiakkaiden, potilasasiamiesten ja terveysjohtajien näkemyksiä tilanteesta.

#### KIRJALLISUUS

- Allen, Priscilla D. & Nelson, Worel H. & Grain, Crystal & Cherry, Katie E. (2006) Nursing Home Complaints: Who's Complaining and What's Gender Got to Do with It? *Journal of Gerontological Social Work* 47 (1–2), 89–106.
- Beresford, Peter (2014) Personalisation: from solution to problem? Teoksessa Peter Beresford (toim.) *Personalisation*. University of Bristol: Policy Press, 1–26.
- Beresford, Peter & Carr, Sarah (2012) (toim.) *Social Care. Service Users and User Involvement*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- Bismark, Marie M. & Brennan, Troyen A. & Paterson, Ron J. & Davis Peter B. & Studdert, David M. (2006) Relationship between complaints and quality of care in New Zealand: a descriptive analysis of complainants and noncomplainants following adverse events. *BMJ Quality & Safety* 15, 17–22.
- Cavanagh, Stacey (1997) Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse Res* 4, 5–16.
- Debono, Deborah & Travaglia, Joanne (2009) *Complaints and patient satisfaction: a comprehensive review of the literature*. Sydney: University of New South



- Wales, Centre for Clinical Governance Research in Health.
- Drew, Paul & Heritage, John (1992) *Analyzing Talk at Work: an introduction*. Teoksessa Paul Drew & John Heritage (toim.) *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings*. Cambridge: Cambridge University Press, 3–65.
- Duyvendak, Jan Willem & Hoijtink, Marc & Tonkens Evelien (2009) *Post-Patients Perspectives. User-based Logics and a Never Ending inequality between Users and Professionals*. Teoksessa Otto Han-Uwe, Andreas Polutta & Holger Ziegler (toim.) *Evidence-Based Practice: Modernising the Knowledge Base of Social Work?* Leverkusen Opladen: Barbara Budrich Publishers, 31–45.
- Gerlander, Maija & Lukkari, Teija & Kettunen, Tarja (2014) Yksittäisen hoitokäynnin tarkastelusta pitkäaikaissaira- vuorovaikutussuhteiden verkoston tarkasteluun. Puheviestinnän vuosikirja Prologi 2014, 27–34.
- Ellilä, Kalevi (2007) Terveyskanelun oikeusperusteet; kuntaterveys-palveluiden potilasoikeuksien toteutuminen. Helsinki: Pilot-kustannus.
- Eskola, Jari (2007) Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. 2. korjattu ja täydennetty painos*. Jyväskylä: PS-kustannus, 159–182.
- Etene (2011) Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. Valta-kunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Hallintolainkäyttölaki 1996/586 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1996/19960586>
- Harisalo, Risto & Miettinen, Ensio (2010) *Luottamus. Pääomien pääoma*. Tampere: Tampereen yliopistopaino – Juvenes Print.
- Heinonen, Jari (2014) Rakenteellinen sosiaalityö muutoksessa ja muuttajana. Teoksessa Pohjola Anneli, Laitinen Merja & Seppänen Marjaana (toim.) *Rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2014*. Kuopio: Unipress, 37–63.
- Hickson, Gerald B. & Federspiel, Charles F. & Blackford, Jennifer & Pichert, James W. & Gaska, Walter & Merrigan, Michael W. & Miller, Cynthia S. (2007) Patient complaints and malpractice risk in a regional healthcare center. *Southern Medical Journal* 100 (8), 791–6.
- Hirschman, Albert O. (1970) *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge and London: Harvard University Press.
- Hsieh, Yahui Sophie (2012) An explanatory study of complaints handling and nature. *International Journal of Nursing Practice* 18, 471–480.
- Härter, Martin & Elwyn, Glyn & van der Weijden, Trudy (2011) Policy and practice developments in the implementation of shared decision-making: an international perspective *ZEFQ* 105, 229–233.
- Jayyusi, Lena (1991) *Values and Moral Judgment: Communicative praxis as a Moral Order*. Teoksessa Graham Button (toim.) *Ethnomethodology and the Human Sciences*, 227–251.
- Jokinen, Arja (2012) Kategoriat, instituutiot ja sosiaalisen järjestyksen tuottaminen. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen. *Kategoriat, kulttuuri & moraali*. Tampere: Vastapaino, 227–266.
- Juhila, Kirsi & Hall, Christopher & Günther, Kirsi & Raitakari, Suvi & Saario, Sirpa (2014) *Accepting and Negotiating Service Users' Choices in Mental Health Transition Meetings*. *Social Policy & Administration*. DOI: 10.1111/spol.12082.
- Julkunen, Raija (2006) *Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu*. Helsinki: Stakes.
- Karakainen, Minna & Niiranen, Vuokko & Kinnunen, Juha (toim.) (2010) *Rakenteet muuttuvat – mihin suuntaan? Sosiaali- ja terveyspalvelut Paras-hankkeessa. Lähtötilanteen kartoitus. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 6*. Helsinki: Itä-Suomen yliopisto, Suomen kuntaliitto.
- Kaseva, Kaisa (2011) *Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä – integroitu kirjallisuuskatsaus. Raportteja ja muistioita 16*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

- Kivipelto, Minna & Kotiranta, Tuija (2014) Sosiaalityön vaikuttavuuden arvioinnin kriittinen eetos saatava takaisin. *Janus* 22 (2), 172–182.
- Koivuniemi, Kauko & Holmberg-Marttila, Doris & Hirsso, Päivi & Mattelmäki, Ulla (2014) Terveysturvallisuuden kompassi. Avain asiakkuuteen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kotkas, Toomas (2009) Terveysturvallisuuden hallinnointi 2000-luvun Suomessa. Menettelylliset oikeudet ja aktiivinen kansalaisuus. *Lakimies* 2, 207–225.
- Kuosmanen, Lauri & Kaltiala-Heino, Riitakerttu & Suominen, Sakari & Kärkkäinen, Jukka & Hätönen, Heli & Ranta, Seppo & Välimäki, Maritta (2008) Patient complaints in Finland 2000–2004: a retrospective register study. *Journal of Medical Ethics* 34 (11), 788–92.
- Lammintakanen, Johanna (2005) Health Care Prioritisation –Evolution of the Concept, Research and Policy Process. Publications E. Social Sciences 116. Kuopio: Kuopio University.
- Lipsky, Michael (1980) *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Mattila, Yrjö (2011) Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä. Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvallisuuden tutkimuksia 116. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Martin, Marjatta (2012) Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen yksilöllinen vaikuttavuus. Teoksessa Anneli Pohjola, Tarja Kemppainen ja Sanna Väyrynen (toim.) *Sosiaalityön vaikuttavuus*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 201–242.
- Mielenterveyslaki 1990/1116 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Mäkitalo, Åsa (2005) The Record as a Formative Tool. A Study of Immanent Pedagogy in a Practice of Vocational Guidance. *Qualitative Social Work* 4 (4), 431–449.
- Mäkitalo, Åsa (2002) Categorizing work: Knowing, arguing and Social Dilemmas in Vocational guidance. *Acta Universitatis Gothoburgensis*. Göteborg: Göteborgs Universitet.
- Niemi, Petteri (2008) Priorisoinnin eettisestä perustasta sosiaalialalla. Teoksessa Petteri Niemi & Tuija Kotiranta (toim.) *Sosiaalialan normatiivinen perusta*. Helsinki: Palmenia University Press/Gaudeamus, 100–145.
- Ocloo, Josephine Enyonam (2010) Harmed patients gaining voice: Challenging dominant perspectives in the construction of medical harm and patient safety reforms. *Social Science and Medicine* 71 (3), 510–516.
- Pajukoski, Marja (2010) Mitä oikeusturvaa? Teoksessa Marja Pajukoski (toim.) *Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijätyöryhmä. Raportti III*. Helsinki: Yliopistopaino, 11–41.
- Palomäki, Susanna (2012) Asiakkaiden osallisuus kuntoutustutkimus-prosessissa. Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. *Lisensiaatintutkimus*. Tampere: Tampereen yliopisto, yhteiskunta ja kulttuuritieteiden yksikkö.
- Paterson, Ron (2013) Not so random: patient complaints and ‘frequent flier’ doctors. *BMJ Quality & Safety* 22, 525–527.
- Patient involvement (2012) Eurobarometer Qualitative Study. Aggregate Report. European Commission, Directorate-General for Communication. [http://ec.europa.eu/health/systems\\_performance\\_assessment/docs/eurobaro\\_patient\\_involvement\\_2012\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/eurobaro_patient_involvement_2012_en.pdf) Luettu 7.5.2015.
- Pichert, James. W. & Hickson, Gerald & Moore, Ilene (2008) Using Patient Complaints to Promote Patient Safety. Teoksessa K Henriksen, J.B. Battles, M. A. Keyes & M.L. Grady (toim.) *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches 2: Culture and Redesign*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Potilaslaki. Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Potilovahinkolaki 1986/585. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>
- Pukk, Karin & Lundberg, Jonas & Penaloza-Pesantes, Roberto V & Brommels,

- Mats & Gaffney F, Andrew (2003) Do women simply complain more? National patient injury claims data show gender and age differences. *Quality Management in Health Care* 12 (4), 225–31.
- Prottas, Jeffrey Manditch (1979) *People-processing. The Street-Level Bureaucrat in Public Service Bureaucracies*. Toronto: Lexington Books.
- Pärnänen, Heikki (2013) Hyvä saataavuus ja oikeudenmukainen priorisointi ovat tulevaisuuden terveydenhuollon kulmakiviä. *Nuori Lääkäri* (1) <http://www.nly.fi/artikkeli/hyva-saataavuus-ja-oikeudenmukainen-priorisointi-ovat-tulevaisuuden-terveydenhuollon> Luettu 23.11.2015.
- Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi (2011) Moraalinen järjestys ja aikuisuuden odotukset ammatillisessa vuorovaikutuksessa: esimerkkinä mielenterveyskuntoutus. Teoksessa Aini Pehkonen & Marja Väinänen-Fomin (toim.) *Sosiaalityön arvot ja etiikka*. Juva: Ps-kustannus, 189–214.
- Rostila, Ilmari & Vinnurva, Jukka (2013) Sosiaalityön asiakkaan toimijuus ja täysimittainen professionalisuus. Teoksessa Merja Laitinen & Asta Niskala (toim.) *Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä*. Tampere: Vastapaino, 196–218.
- Saarenpää, Ahti (2010) Kansalainen, yksilö oikeudellisesti kaiken keskipisteenä. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim.) *Asiakkuus sosiaalityössä*. Helsinki: Gaudeamus/Helsinki University Press, 75–137.
- Sackett, David L. & Rosenberg, William M.C. & Gray, J.A. Muir & Haynes, R. Brian & Richardson, W. Scott (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 13 (312), 71–2.
- Scholl, Isabelle & Koelewijn-van Loon, Marije & Sepucha, Karen & Elwyn, Glyn & Légaré, France & Härter, Martin & Dirmaier, Jörg (2011) Measurement of shared decision making – a review of instruments. *ZEFQ* 105, 313–24.
- Sennet, Richard (2004) *Kunnioitus eriarvoisuuden maailmassa*. Tampere: Vastapaino
- STM (2009) Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Julkaisuja 18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Thornborrow, Joanna (2002) *Power Talk: Language and Interaction in Institutional Discourse*. London: Pearson Education.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vahingonkorvauslaki 1974/412  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1974/19740412>
- Valokivi, Heli (2008) Kansalainen asiakkaana: tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. *Acta Universitatis Tamperensis* 1286. Tampere: Tampere University Press.
- Valvira (2012) Potilaan oikeudet. Esitteet 1.
- Vanhala, Anni & Palomäki, Susanna (2015) Muistutus institutionaalisenä vuorovaikutuksena terveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 3, 202–213.
- Weber, Robert. P. (1990) *Basic Content Analysis*, 2nd edn. Newbury Park: SAGE Publications.
- Wofford, Marcia M. & Wofford, James L. & Bothra, Jashoda & Kendrick, S. Bryant & Smith, Amanda & Lichstein, Peter R. (2004) Patients Complaints about Physician Behaviors: A Qualitative Study. *Academic Medicine* 79 (2), 134–138.



# Kuntoutussosiaalityöntekijän työtehtävät, toimijuus ja roolit asiakkaan silmin



VERTAISARVIOITU  
KOLLEGIALT GRANSKAD  
PEER-REVIEWED  
www.tsv.fi/tunnus

## Asiakkaan näkökulma kuntouttavaan sosiaalityöhön

Tarkastelen artikkelissa asiakkaiden näkemyksiä sosiaalityöntekijän työtehtävistä ja niiden kautta sosiaalityöntekijälle määrittyviä toimijakategorioita erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikalla. Aineistona ovat kuntoutustutkimuspoliklinikan kymmenen entisen asiakkaan teemahaastattelut. Kyseinen teemahaastatteluaineisto oli pääaineistona myös lisensiaatintutkimuksessani, jossa selvitin, miten asiakkaiden osallisuus toteutuu moniammatillisessa kuntoutustutkimusprosessissa (Palomäki 2012). Artikkelissa tutkimuskysymyksinä ovat: Mitkä ovat asiakkaiden nimeämät sosiaalityöntekijän työtehtävät kuntoutustutkimuspoliklinikalla ja mitä toimijakategorioita nämä työtehtävät määrittävät sosiaalityöntekijälle? Sosiaalityöntekijät ovat laatineet valtakunnallisesti erilaisia tehtäväkuvauksia (esim. Terveydenhuollon sosiaalityön luokitus 1998) ja myös asiakaskunnalle suunnattuja esitteitä toiminnastaan sairaalaorganisaatiossa. Asiakkaiden kuvaamat työtehtävät antavat mielenkiintoisen vertailupohjan suhteessa institutionaalisesti rakentuneisiin sosiaalityöntekijän työtehtäviin.

Käytän kuntoutustutkimuspoliklinikalla tehtävästä sosiaalityöstä käsitettä kuntouttava sosiaalityö (*empowering social work*), vaikka ajoittain käsite on ymmärretty lähinnä kunnallisen perussosiaalityön kuntouttavaksi työotteeksi (Liukko 2006, 110–111). Ymmärrän kuntouttavan sosiaalityön käsitteen laaja-alaisesti sosiaalityön työorientaatioksi, jota voidaan soveltaa myös kuntoutuksen ja terveydenhuollon toimintaympäristöissä.<sup>1</sup> Sosiaalisen ulottuvuuden merkitys kuntoutuksessa on lisääntynyt, sillä vakiintuneet kuntoutusjärjestelmät muun muassa terveydenhuollon toimintaympäristöissä eivät riittävästi tavoita sosiaalisen kuntoutuksen tarpeessa olevia asiakasryhmiä (Palola 2012, 31). Kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaat ovat työikäisiä henkilöitä, joiden kuntoutukseen ja työllistymiseen liittyvät vaikeudet

---

1. Kuntouttava sosiaalityö pyrkii muutokseen sekä ihmisten elämässä että heidän ympäristössään ja yhteiskunnassa. Kuntouttava näkökulma on sosiaalityön työorientaatio, jota voidaan soveltaa laajasti sosiaalityössä. Kuntouttavan sosiaalityön orientaatiota tarvitaan ennen muuta kuntien sosiaalityötoimistoissa, päihde-, mielenterveys-, kuntoutus-, vammais-, vanhus- ja maahanmuuttajatyössä sekä terveys- ja kriminaalisosiaalityössä. (SOSNET-yliopistoverkoston määritelmä.)

ovat pitkäkestoisia ja moniulotteisia. Kuntoutustutkimuksen onnistumisen kannalta olennaista on, että palveluja ja tukea ei järjestetä organisaation, vaan asiakkaan tarpeista käsin mahdollisimman toimivaksi kokonaisuudeksi (emt., 32). Asiakaslähtöisyyden toteutuminen nähdään myös terveydenhuoltolain (2010/1326) keskeisenä tavoitteena ja osana laajempaa kansalaisoikeuskeskustelua (Saarenpää 2010, 134–135).

Asiakkaiden ongelmien pitkäkestoisuus ja palvelujärjestelmissä kiertäminen ilman konkreettista avun saamista synnyttävät Metteriä (2000, 2012) lainaten kohtuuttomia tilanteita. Kohtuuttomilla tilanteilla Metteri viittaa sosiaalityön ilmaistujen tavoitteiden ja toteutuneen toiminnan välisiin ristiriitoihin ja jännitteisiin palvelunkäyttäjän näkökulmasta. Usein juuri kohtuuttomiksi koetut tilanteet tekevät näkyväksi asiakkaan ja työntekijän välisen suhteen merkityksen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Palvelujärjestelmän toimijoilta vaaditaan herkkyyttä ja responsiivisuutta asiakkaan kohtelussa silloin, kun asiakas on sairautensa vuoksi erityisen haavoittuvainen. (Metteri 2012, 228, 234.)

Vaikka lainsäädäntö, palvelujärjestelmät ja sosiaalityön toimintaympäristöt muuttuvat, tietyt asiakkaiden odotukset sosiaalityöntekijöitä kohtaan pysyvät samoina. Asiakkaat ja heidän omaisensa haluavat, että sosiaalityöntekijät kuuntelevat heitä, kohtelevat heitä kunnioittavasti sekä näkevät heidät perheidensä ja yhteisöidensä jäseninä. He kaipaavat sekä emotionaalista että aineellista tukea, jotta he kykenevät itsenäiseen elämäntapaan ja hallitsemaan kriisejä ja vaikeuksia. (Cree & Davis 2007, 12, 148.)

Kuvaan artikkelin alussa kuntoutustutkimuspoliklinikkaa toimintaympäristönä ja sosiaalityön ammatillisen käytännön kontekstina. Tämän jälkeen tarkastelen kuntouttavaa sosiaalityötä terveydenhuollossa tutkimusten ja ajankohtaisten lakimuu-  
tosten valossa. Tutkimusasetelmaluvussa kuvaan aineiston keruuta ja laadullisen analyysin toteuttamistapaa. Keskeisimmät tutkimustulokset olen koonnut tauluk-  
koon 1, ja käsittelen tuloksia taulukon mukaisessa järjestyksessä. Lopuksi tarkastelen sosiaalityöntekijän työtehtäviä, toimijuutta ja roolia tulosten valossa tutkimuskirjal-  
lisuutta reflektoiden.

## Kuntoutustutkimuspoliklinikka toimintaympäristönä

Työkyvyn arviointiin ja kuntoutustarpeen selvittelyyn perustuvaa tutkimusjaksoa nimitetään erikoissairaanhoidossa kuntoutustutkimukseksi<sup>2</sup>, joka on yksi lääkin-  
nällisen kuntoutuksen palveluista (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 29 §). Tutki-  
muskohteena oleva poliklinikka on aloittanut toimintansa vuonna 1987, ja koko  
toimintakauden ajan poliklinikalla on työskennellyt sosiaalityöntekijä. Poliklinikka

---

2. Kela on yhdistänyt kuntoutustarveselvityksen ja kuntoutustutkimuksen yhdeksi toimenpiteeksi, am-  
matilliseksi kuntoutusselvitykseksi 1.1.2015 alkaen. Erikoissairaanhoidon kuntoutuspalvelutarjonnassa  
on edelleen käytössä kuntoutustutkimus, joka vaihtelee sisällöllisesti kuntoutusasiakkaan tarpeen ja  
tilaajan pyynnön perusteella.

palvelee perus- ja työterveyshuollon, erikoissairaanhoidon, Kelan, vakuutuslaitosten ja työvoimaviranomaisten lähettämiä asiakkaita. Asiakkaan tilannetta kartoittaa ja arvioi moniammatillinen työryhmä. Työryhmään kuuluvat erikoislääkäri, sosiaalityöntekijä, psykologi, kuntoutusohjaaja ja osastonsihteeri.

Haastateltavien kuntoutustutkimusjaksot käynnistyivät lääkärin ja sosiaalityöntekijän tapaamisilla. Poliklinikan sosiaalityöntekijän tehtävänä oli selvittää asiakkaan koulutustaustaa, työhistoriaa, nykyisen työpaikan työkuvaan sekä työtehtävien ja -olosuhteiden muutosmahdollisuuksia. Sosiaalityöntekijä kartoitti myös asiakkaan elämäntilannetta, tuen tarpeita ja ammatillista muutosvalmiutta sekä piti yhteyttä kuntoutujan verkostoon. Lääkärin vastaanotolla arvioitiin asiakkaan toimintakykyä kokonaisvaltaisesti sekä lisätutkimusten ja konsultaatiopyyntöjen tarvetta. Tutkimusjakso päättyi verkostotapaamiseen, jossa asiakkaalle laadittiin kuntoutussuunnitelma yhdessä läheisten, kuntoutuksen ammattilaisten ja työnantajan edustajien kanssa. (Palomäki 2012, 20–21.)

Kuntoutustutkimuksen tavoitteena on selvittää kuntoutuksen edellytykset ja laatia ammatillinen kuntoutussuunnitelma (Musikka-Siirtola ym. 2008, 40). Ammatillisella kuntoutuksella (*occupational/vocational rehabilitation*) tarkoitetaan toimenpiteitä, jotka tukevat kuntoutujan mahdollisuuksia saada tai säilyttää hänelle soveltuva työ (Järvikoski & Härkäpää 2011, 21). Ammatillisen kuntoutuksen näkökulmasta olisi tärkeää reagoida asiakkaan tilanteeseen silloin, kun työelämäsidos on olemassa tai se ei ole vielä kokonaan katkennut (Juhila 2006, 57). Liian myöhäisestä interventtiosta on seurauksena ongelmien monimutkaistuminen ja yhteen kietoutuminen. Myös kuntoutuksen keinovalikoima on vaatimaton, kun asiakkaalla ei ole kytköstä työelämään. (Lindh 2007, 24.) Puheena olevan kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaista, joiden kuntoutustutkimus oli käynnistynyt 10/2007–10/2008, reilulle kolmannekselle ei enää kyetty laatimaan ammatillista kuntoutussuunnitelmaa. Asiakkaiden tilanne näyttää huonontuneen entisestään, sillä kuntoutustutkimuksen vuosina 2012–2013 aloittaneista seurantaryhmän asiakkaista (n=94) ainoastaan kolmasosalle oli laadittu ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma. (Palomäki 2012, 37; Haukka-Wacklin 2016, 115.) Kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaat siirtyvät kuntoutustutkimuksen jälkeen useammin kuntoutustuelle tai työkyvyttömyyseläkkeelle kuin takaisin työelämään. Arviolta joka neljäs asiakkaista on luokiteltu jo kuntoutustutkimuksen alkutilanteen perusteella monisairaana kategoriaan. (Haukka-Wacklin 2016, 113, 115.) Vastaavanlaiset ammatillisen kuntoutuksen haasteet ovat nähtävissä myös työeläkevakuutusyhtiön ammatillisen kuntoutuksen päätöksen saajien kohderyhmässä, josta 30 prosenttia siirtyi työkyvyttömyyseläkkeelle viiden vuoden kuluessa kuntoutuspäätöksen saamisesta (Gould & Tuominen 2012, 49). Työelämästä ammatilliseen kuntoutukseen tulleet sijoittuvat paremmin työmarkkinoille kuntoutuksen jälkeen, sillä lähes 70 % palaa takaisin työelämään. Eläketaustaisista kuntoutujista työelämään palaa joka toinen. (Saarnio 2015, 26–27.)

Ammatillisen kuntoutuksen palveluntuottajien lisääntyminen on vaikuttanut erikoissairaanhoidon ohjautuneiden asiakkaiden valikoitumiseen. Ihmisiä luokitel-

laan ja heidän sosiaaliturvaansa määrittellään entistä enemmän työelämysuhteen ja ansiotulojen perusteella (Metteri 2012, 198–202). Esimerkiksi työeläkekuntoutuksen saaminen edellyttää työkyvyttömyyden uhkan ja kuntoutuksen tarkoituksenmukaisuusharkinnan lisäksi kiinnittymistä työelämään, eli kuntoutusoikeus myönnetään vain, jos hakemusta edeltäneiden viiden vuoden työansiot ylittävät laissa määritellyn ansiorajan. Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimukseen ohjautuu entistä enemmän asiakkaita, jotka ovat kiertäneet sosiaali- ja terveydenhuollon ja työvoimahallinnon palveluiden piirissä jo vuosia. Tämä on heikentänyt heidän työelämäsidoistaan eikä työeläkevakuutusyhtiön ammatillisen kuntoutuksen rahoittaminen ole useinkaan enää mahdollista. Työkyvyn arviointi käynnistyy erikoissairaanhoidossa liian myöhään ja työkyvyttömyyden uhkan tunnistamista vaikeuttaa kokonaiskäsityksen puuttuminen asiakkaan tilanteesta. (Vilkkumaa 2004, 33; Gould ym. 2008, 39–40, 50–51; Lindh 2013, 70; Lindh & Suikkanen 2008, 62; Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004, 21.) Asiakkaat näyttävät myös ohjautuvan kuntoutustutkimukseen sattumanvaraisesti eikä lähettävillä tahoilla tai asiakkailla ole käsitystä kuntoutustutkimuspoliklinikan ydintehtävästä (Haukka-Wacklin 2016, 112, 116). Riskitekijöinä ammatillisen kuntoutuksen ajoituksen viivästymiseen ovat asiakkaiden monisairastavuus ja mielenterveydelliset ongelmat. Lisäksi ammatillisen kuntoutuksen keinot asiakkaiden työssä jatkamisen tukemiseen ovat osoittautuneet riittämättömiksi. (Gould & Tuominen 2012, 52–53; Gould, Järvikoski ym. 2012, 102; Lindh 2013, 100.) Ajankohtaisesti työelämän ulkopuolelle jäämisessä on havaittavissa työelämästatuksen lisäksi ikä- ja sukupuolisidonnaisia eroja, jotka tulisi kuntoutuksen keinovalikoimassa huomioida nykyistä paremmin ja nähdä pitkäaikaistyöttömien tilanne paitsi työllisyyspoliittisena myös kuntoutuksellisenä haasteena (Eläketurvakeskuksen tiedote 23.3.2017; Eläketurvakeskuksen taskutilasto 2017; Pyykkönen ym. 2017, 1; Alatalo ym. 2017, 24; Järvikoski & Karjalainen 2008; Lindh 2013, 101).

## **Kuntouttava sosiaalityö terveydenhuollossa tutkimuksen ja lainsäädännön valossa**

Kansallisissa ja kansainvälisissä terveys- ja sosiaalityötä (terveydenhuollon sosiaalityötä) käsittelevissä tutkimuksissa sosiaalityöntekijät määrittelevät itse työtehtäviään ja roolejaan (Esim. Craig & Muskat 2013, 8; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2014, 245; Schneiderman ym. 2008, 150). Yhteisesti jaettuna huolenaiheena on se, että muut ammatillaiset ja johto määrittelevät terveys- ja sosiaalityön kapea-alaisesti. Tästä syystä oman asiantuntijuuden tiedostaminen, näkyväksi tekeminen ja perusteleminen nähdään tärkeänä. Jos sosiaalityöntekijät eivät itse määrittele työnkuvaansa, muut ammatillaiset tekevät sen ja toimivat sosiaalityön portinvartijoina. (Beddoe 2013, 26; Craig & Muskat 2013, 8; Lymbery 2005, 1131; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2014, 253.) Sosiaalityöntekijät ottavat myös hoitaakseen työtehtäviä, joita muut ammatillaiset eivät koe kuuluvan toimenkuvaansa. Sosiaalityöntekijät asemoivat itsensä rajalle, len-



kiksi eri toimijoiden välille ja osaksi laajempaa toimintaympäristöä. Tästä positiosta tarkasteltuna keskeistä on asiakkaan autetuksi tuleminen ja oikeus tiettyjen palveluiden piiriin pääsemiselle, ei niinkään jonkun tietyn työtehtävän kuuluminen ja kuulumattomuus omaan toimenkuvaan. Toisaalta sosiaalityöntekijöihin myös tukeudutaan herkästi haastavissa potilastilanteissa sekä hoidon siirtymävaiheissa. (Craig & Muskat 2013, 10–12; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2014, 245, 255.) Terveys- ja sosiaalityöntekijät ovat tottuneet sovittamaan asiantuntijuuttaan ja ammatillista toimintaansa vastaamaan sekä sosiaalityön yleisiä että oman toimintayksikkönsä tavoitteita (Vaininen 2011, 13; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2014, 245; Karvinen 1996, 36; Heinonen 2007, 87).

Terveys- ja sosiaalityöntekijät eli terveydenhuollossa työskentelevät sosiaalityöntekijät mieltävät moniammatillisen työskentelyn yhdeksi perustehtäväkseen (Metteri 2014, 299; Kananoja 2010, 278–279). Terveydenhuollossa asiakastyö määräytyy pitkälti lääketieteen ja hoitotieteen lähtökohdista, mikä on isäntäorganisaation tavoitteen mukaista (Kinni 2014, 47; Antikainen-Juntunen 2005, 146). Tähän kytkeytyy samalla terveys- ja sosiaalityön toimijuuteen vaikuttava tietohierarkia moniammatillisessa työssä. Tietohierarkialla Metteri (1996, 147) viittaa siihen, että sosiaalinen tieto saa merkityksensä vasta tilanteissa, joissa sitä tarvitaan auttamaan lääketieteellisten johtopäätösten täsmäntämisessä tai kun kiireellisiin ratkaisuihin vaadittava tieto ei ole luonnontieteellinen (Ks. myös Kinni 2014, 47, 51). Toimintaympäristöissä, joissa biolääketieteellinen diskurssi on vallitseva, sosiaalityöntekijöillä on tärkeä rooli tuoda esiin palvelunkäyttäjien intressejä ja tarpeita. Vähintään yhtä tärkeää on painottaa asioiden sosiaalisia ja rakenteellisia yhteyksiä (Healy 2014, 5, 41). Yksinomaan biolääketieteellisen diskurssin huomioiminen asiakkaiden ongelmien määrittelyssä johtaa useiden elämänalueiden medikalisoitumiseen ja sen myötä ei-lääketieteellisten ongelmanratkaisuvaihtoehtojen aliarvioimiseen (Healy 2014, 41–42). Lindh (2013, 57) tiivistää yhteiskuntatieteellisten kuntoutuksen tutkijoiden jaetun huolen sosiaalisen kohtalosta: tuleeko sosiaalinen näkökulma riittävästi huomioiduksi monitieteisen kuntoutuksen kentällä, jota lääketiede, psykologia ja terveystieteet ovat perinteisesti dominoineet?

Terveys- ja sosiaalityössä käytetyt menetelmät ja sosiaalityöntekijän roolit ovat tilanne- ja kontekstisidonnaisia (Tuusa 2005, 41). Terveys- ja sosiaalityössä toteutuu paljon kertaluontoisia asiakkaan kohtaamisia, joissa keskitytään tietyn yksittäisen asian selvittämiseen eikä elämäntilannetta kokonaisvaltaisemmin käsitellä. Kaikkea terveys- ja sosiaalityötä ei voida näin ollen pitää kuntouttavana sosiaalityönä (Pirttijärvi 2013, 25; Kinni 2014, 48–49). Kuntouttavassa sosiaalityössä painopiste on muutokseen tähtäävässä, pitkäkestoisessa auttamistyössä, joka perustuu vuorovaikutukseen ja luottamuksellisen suhteen rakentamiseen (Unkila 2015, 128; Tuusa 2005, 44). Kuntouttavan sosiaalityön ammattikäytäntöjä ja työmenetelmiä ovat muun muassa psykososiaalinen työ, voimaannuttavat työotteet, tilannearviot, palvelu- ja aktivointisuunnitelmat, verkostotyö sekä palveluohjaus (Karjalainen 2017, 257; Liukko 2006, 102–103). Erityisesti psykososiaalisen työotteen voidaan katsoa kuuluvan oleellisesti kuntouttavan sosiaalityön luonteeseen ja toimintaympäristöön (Pirttijärvi 2013, 33; Rossi 2013, 123; Antikainen-Juntunen 2005, 136–137; Karjalainen 2017, 257). Psyko-

sosiaalinen työskentely voidaan Hesslen (1985) mukaan jakaa ennaltaehkäisevään psykososiaaliseen työhön (*förebyggande arbete*) ja psykososiaaliseen korjaavaan työhön (*psykosocialt behandlingsarbete*). Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimuspoliklinikalla psykososiaalinen työskentely on ihannetilanteessa ennaltaehkäisevää. Tällöin työskentelyn keskiössä on ammatillisen kuntoutuksen vaihtoehtojen tarkastelu ja päätavoitteena asiakkaan työelämään pääsy joko ensimmäistä kertaa tai uudestaan (Musikka-Siirtola ym. 2008, 40). Käytännössä asiakkaiden ongelmat ovat useimmiten siinä määrin komplisoituneet, että työskentely painottuu korjaavaan psykososiaaliseen työskentelyyn, jossa elämäntilannetta tarkastellaan kokonaisvaltaisesti yksilön, yhteisön ja rakenteiden tasolla ja työskentelystä tulee väistämättä pitkäkestoista (Haukka-Wacklin 2016, 113, 115–116; Hessle 1985, 27, 152–153; Bernler & Johnsson 1988, 31–32; Karjalainen 2017, 255; Granfelt 1993, 197–199; Sipilä 2011, 58).

Lainsäädännössä tapahtuneiden ja ajankohtaisesti tapahtumassa olevien muutosten (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014; Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015; Lakiluonnos sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä) myötä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio ja palveluiden yhdistäminen ovat entistä vahvemmin osa sosiaalityöntekijän arkipäivää. Moniammatillisuus, monitieteellisyys ja yhteinen päättöksenteko erilaisissa ryhmissä lisääntyy ja niistä muodostuu keskeinen osa kuntouttavaa sosiaalityötä ja työkyvyn arviointia (Kyyhkynen 2012, 76–77). Sosiaalihuollon ammattihenkilölaki (817/2015) tasa-arvoistaa ja vahvistaa terveydenhuollossa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden asemaa suhteessa terveydenhuollon ammattihenkilöihin (Ks. myös Talentia 2016, 7–8). Ammattihenkilölaki toimii myös vedenjakajana eri ammattiryhmien välillä selkiyttäen työnkuviissa ajoittain havaittavissa olevaa päällekkäisyyttä. Palveluohjauksen merkitys tulee sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä korostumaan erityisesti asiakkailla, jotka tarvitsevat laajalti palveluita tai tukea valintoihinsa (Brommels ym. 2016, 12). Palveluohjaustehtävien lisääntyessä joudutaan käymään keskustelua siitä, minkälainen koulutustaso on riittävä näiden tehtävien toteuttamiseksi tulevaisuudessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä eri ammattikuntien rajat ja tehtävät tullaan aukaisemaan ja määrittelemään uudelleen (Sillanaukea ym. 2015, 18). Tehtävien ja rajojen uudelleen määrittelyssä terveys- ja sosiaalityöntekijä on strategisesti tärkeällä näköalapaikalla, sosiaalihuollon ammattihenkilönä terveydenhuollon kontekstissa (Ks. myös Metteri 2014, 302).

## Laadullinen sisällönanalyysi

Artikkelin aineistona ovat kuntoutustutkimuspoliklinikan kymmenen entisen asiakkaan teemahaastattelut. Seitsemän haastateltavan työ- ja toimintakykyisyyteen oli vaikuttamassa psyykkisen voimien heikentyminen. Psyykkinen sairastaminen ei ollut haastateltavien ensisijainen työkyvyttömyyden aiheuttaja, vaan lähinnä seurausta pitkään jatkuneesta elämäntilanteen epävarmuudesta (Palomäki 2012, 84), mikä muistuttaa Metterin (2000, 241; 2012, 191) havaintoja.

Haastatteluhetkellä vanhin haastateltavista oli 45-vuotias ja nuorin 21-vuotias. Haastattelut ajoittuivat ajanjaksolle joulukuu 2010 – helmikuu 2011. Haastatteluaineistoa kertyi 15,5 tuntia. Haastatteluteemoina olivat kuntoutustutkimuksen käynnistyminen, prosessin eteneminen, odotukset ja kuntoutusmotivaatio, osallisuuden kokemukset prosessin aikana ja kuntoutussuunnitelman laadinnassa sekä palaute ja kehittämishdotukset. Haastattelut toteutettiin haastateltavien valitsemissa paikoissa (haastattelijan ja haastateltavan työpaikka, haastateltavan koti, kirjasto, kuntoutustutkimuspoliklinikka) mikä oli omiaan helpottamaan kommunikaatiota (Hirsjärvi & Hurme 2001, 84, 86).

Tarkastelen teemahaastatteluaineistoa näyttenäkökulmasta, haastateltavien kokemuksina ja haastattelutilanteesta tuotettuina konstruktioina. Analyysissä hyödynnän laadullista, teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä, jossa on vaikutteita Harvey Sacksin kehittämästä jäsenkategorisoinnin analyysimenetelmästä (*Membership Categorization Device*) (Tuomi & Sarajärvi 2009, 117–119). Merkittävä osa arjen kanssakäymisessä tarvittavasta tiedosta on järjestäytynyt kategorioiksi eli eräänlaisiksi sosiaalisten tyyppien luokitteluiksi, joita käytämme tilanteisesti ihmisiä kuvatessamme (Järviluoma & Roivainen 1997, 17; Ruusuvuori 2001, 393; Juhila 2004, 169; Välimaa 2011, 24; Juhila ym. 2012b, 55). Jäsenyyuskategorisointi tarkoittaa kokoelmaa kategorioita sekä joukkoa sääntöjä, joilla näitä kategorioita sovelletaan (Ruusuvuori 2001, 393–395; Juhila ym. 2012a, 28–29). Hyödynnän kategorian (*category*), kategoriasidonnaisten toimintojen (*category bound activities*) ja kategoriapiirteen (*category-bound features*) (Jarryusi 1984) käsitteitä aineiston luokittelun välineinä. Toimijakategoria-käsitteellä kuvaan haastateltavien käyttämiä tehtäväkuvauksia, jotka määrittävät työntekijälle tietynlaista ammatillista roolia ja suuntavat siten aineiston luentaa ja käsittelyä.

Aineiston analyysi etenee kolmivaiheisesti. Ensin etsin aineistosta sosiaalityöntekijän työtehtäviä kuvaavia verbejä ja sosiaalityöntekijään henkilönä liitettyjä adjektiiveja. Sitten luokittelen aineisto-otteet sosiaalityöntekijän työtehtäviksi ja jäsenmän työtehtävien kautta sosiaalityöntekijän toimijakategorioita. Lopuksi analyysin pohjalta ja tutkimuskirjallisuutta reflektoiden muodostan sosiaalityöntekijän roolikategoriat. Jäsenkategorisointia mukaileva, laadullinen, teoriaohjaava sisällönanalyysi soveltuu hyvin haastateltavien kokemukskuvausten lähilukuun. Kategorisoidessaan sosiaalityöntekijän työtehtäviä ja niiden myötävaikutuksella määrittyviä toimijakategorioita haastateltavat samalla asemoivat suhteensa työntekijään ja kertovat ikään kuin huomaamattaan kohtaamisen reunaehdoista. Kiinnitän analyysissä huomiota myös haastateltavien käyttämiin selontekoihin ja retorisiin keinoihin, joilla he puolustavat ja oikeuttavat omia näkemyksiään ja työkyvyttömyyttään. Työkyvyttömyys synnyttää syy-seuraussuhteisiin liittyvää selittämisen tarvetta, sillä se ei kuulu työikäisen henkilön tavanomaisena pidettyyn elämään. Selittämisen ja kontrastien luomisen avulla omaa tilannetta tehdään ymmärrettäväksi ja hyväksyttäväksi (Välimaa 2011, Jokinen 1999).

## Sosiaalityöntekijän työtehtävät ja toimijakategoriat

Kaikki haastateltavat sivusivat kommentteissaan sosiaalietuuksia ja -palveluita, ja puolet heistä kertoi taistelleensa toimeentulonsa puolesta. Valtaosa haastateltavista (8/10) mielsi sosiaaliturva-asioiden hoitamisen sosiaalityöntekijän keskeiseksi työtehtäväksi. Yhteydenpito verkostoihin (5/10) liitettiin useimmiten osaksi sosiaaliturva-asioiden hoitamista. Koulutusmahdollisuuksien ja työhön paluun suunnittelun (4/10) ja kuntoutusprosessin ohjaamisen (4/10) nähtiin liittyvän tehtävinä toisiinsa ja olevan ikään kuin saman kolikon kaksi eri puolta. Haastateltavat kaipasivat ulkopuolista tukea sekä kuntoutustutkimusprosessin vaiheiden selvittämiseen että henkilökohtaisen kuntoutusprosessinsa hahmottamiseen. Sosiaalityöntekijän nähtiin toimivan ikään kuin kahden eri prosessin ohjaajana: toimipisteensä ammatillisten käytäntöjen ja kuntoutujan kokonaistilanteen hahmottajana. Asiakkaan elämäntilanteen selvittäminen (4/10) sekä huolenpidon ja tuen tarjoaminen (3/10) liittyivät tehtävinä toisiinsa, mutta käsittelen niitä erillisinä, sillä kolmessa haastattelussa huolenpidon ja tuen tarve läpäisi koko haastattelun. Elämäntilanteen selvittäminen on yksi sosiaalityön keskeisimmistä työtehtävistä, sillä kaikkien kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaiden kanssa keskustellaan elämäntilanteeseen liittyvistä asioista (Ks. myös Kankainen 2012, 20). Huolenpidon ja tuen tarjoamisen merkitys korostuu niillä asiakkailla, jotka ovat erityisen tuen tarpeessa eivätkä välttämättä kykene itse puolustamaan omia oikeuksiaan (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 3 §).

Sosiaalityöntekijän työtehtäviä kuvaavien verbien eli kategoriasidonnaisten toimintojen ja sosiaalityöntekijään henkilönä liitettyjen adjektiivien eli kategoriapiirteiden avulla on mahdollista päästä sisälle sosiaalityöntekijän toimijakategorioihin. Seuraavaksi käsittelen haastateltavien kuvausten perusteella kuutta edellä mainittua sosiaalityöntekijän työtehtävää ja niiden kautta jäsennän sosiaalityöntekijälle kuusi toimijakategoriaa (ks. myös taulukko 1, s. 279). Aineisto-otteissa T tarkoittaa tutkijaa ja H haastateltavaa. Kategoriasidonnaiset toiminnot ja kategoriapiirteet olen merkinnyt aineisto-otteisiin alleviivausta käyttäen. Olen yksilöinyt haastateltavat merkinnöillä H1–H10. Tekstin keskellä olen erottanut haastateltavien käyttämät ilmaisut lainausmerkeillä.

### *Toimeentulo ja asuminen*

Toimeentuloa käsitellään kaikissa haastatteluissa, mutta eri yhteyksissä. Useimmiten haastateltavat mieltävät sosiaaliturva-asioiden hoitamisen sosiaalityöntekijän tehtäväksi.

T: Mikä sosiaalityöntekijä rooli poliklinikalla on?

H: Se opastaa sosiaalisissa asioissa. Että minkälaisia tukia saa ja muuta. (H2)

Sosiaalityöntekijän keskeisimmäksi työtehtäväksi määrittyy haastattelupuheen perusteella ”sosiaalisissa asioissa opastaminen”. Sosiaaliset asiat tarkentuvat aineisto-otteen perusteella sosiaaliturvaan sisältyviksi tehtäviksi. Sosiaaliturvan opastajan kategoriasidonnaisiin toimintoihin kuuluu erilaisista ”tuki”-mahdollisuuksista tiedottaminen.

Haastateltavat paikantavat sosiaaliturvan opastajan kategoriaan vertailemalla sosiaalityöntekijän ja lääkärin toimintaa keskenään ja tällöin kategoriasidonnaisiin toimintoihin liitetään ”tuki”-mahdollisuuksista tiedottamisen lisäksi ”paperiasioiden rullaamaan saaminen” (H1). Päävastuu ”paperiasioiden rullaamisesta” kohdentuu sosiaalityöntekijälle eikä esimerkiksi lääkärille, joka ei ”semmoisia ainakaan kerro”. Näkemystä ammattilaisten roolieroista perustellaan kokemuseräisellä tiedolla ”tässä on huomattu” (H1). Moniammatillinen toimintaympäristö selvästi houkuttelee eri ammattiryhmien toimintatapojen ja roolien vertailemiseen. Haastateltavat liittoutuivat sosiaalityöntekijän kanssa ja esittelevät tämän työtehtäviä myönteisessä valossa. Samassa yhteydessä lääkärin toiminta tuodaan esiin negatiivisesti merkityksellistettynä. (Jokinen 1999, 153.) Samuus syntyy toiseutta konstruomalla, kuten Tuula Helne (2002, 53) asian ilmaisee.

Sosiaaliturva-asioiden hoitamisen tärkeyttä perustellaan asiakasnäkökulmasta ikään kuin kaikkien kuntoutustutkimuspoliklinikan asiakkaiden nimissä hyödyn-täen konsensuksella vahvistamista retorisenä keinona (Jokinen 1999, 139). Poliklini-kalla ”ei ole terveitä ihmisiä” ja yleisesti koettuja ongelmia ovat ”kivut” ja ”toimeen-tulon kanssa pätkäily” (H10). Sairauden ja työkyvyttömyyden lisäksi myös muut elämäntilanteeseen liittyvät tekijät voivat heikentää asiakkaan taloudellista tilan-netta. Esimerkiksi yksinhuoltaja on yksin vastuussa perheen toimeentulosta: ”rahaa on vain tultava” (H10).

Kuntoutustutkimuspoliklinikan toiminnan kehittämiseen liittyvä keskustelu päättyy toteamukseen sosiaalityöntekijöiden merkityksestä: ”sosiaalityöntekijät ovat tosi tärkeitä” (H10). Sosiaalityöntekijä näyttäytyy asiakkaan oikeuksien puolusta-jana, joka asiayhteyden perusteella paikallistuu sosiaaliturvan opastajan kategoriaan kuuluvaksi. Silloin, kun sosiaaliturvan opastaminen ei riitä, tarvitaan oikeuksien puolustamista ja tarvittaessa asiakkaan puolesta toimimista. Pitkittyneet kivut ja toi-meentulovaikeudet ovat yhdistelmänä senkaltaisen, että ”ihmiset eivät jaksakaan painia oikeuksiensa perässä”. Tarvitaan joku, joka puolustaa asiakkaan oikeuksia silloin, kun ”ei itse osaa tai jaksaa” (H10). Selonteko piirtää kuvan kohtuuttomasta tilan-teesta, josta selviytyminen edellyttää sosiaaliturvan opastajalta asiakkaan oikeuksien puolustamista. Samalla se tekee näkyväksi asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välisen suhteen merkityksen. (Metteri 2000, 2012.)

Kuntoutustutkimusprosessin etenemiseen liittyvän keskustelun yhteydessä sosiaaliturvan opastajan kategoriasidonnaisiin toimintoihin liitetään asiakkaan ”ajan tasalla pitäminen” ja käytettävissä oleminen, ”voi kysyä mitä tulee mieleen”. ”Sosiaaliin asioihin avun ja neuvonnan saaminen” on koettu ”positiivisena yllätyk-senä” ja ”kokonaisvaltaisen kuntoutustutkimuksen” yhdeksi kriteeriksi määritellään ”sosiaalisten asioiden hoitaminen” (H5). Sosiaalityöntekijän kohtaamisen nostami-nen keskiöön kuntoutustutkimusprosessista keskusteltaessa ja sosiaalisten asioiden hoitamisen nimeäminen kokonaisvaltaisen kuntoutustutkimuksen kriteeriksi vastaa käsitystä sosiaalityöntekijän kokonaisvaltaisesta työskentelyotteesta kuntoutuksen toimintaympäristössä (Tuusa 2005, 82–83).

### *Yhteydenpito verkostoihin*

Sosiaalityöntekijä on aktiivisesti yhteydessä asiakkaan verkostoihin ja suhde asiakkaaseen kuvautuu luottamuksellisena. Verkostoyhteyksien ylläpitämiseen liittyvä haastattelupuhe määrittää sosiaalityöntekijälle verkostotoimijan kategoriaan.

T: Mitä sosiaalityöntekijä tekee ja minkälainen työkuva sillä on? Tarvitaanko sitä?

H: Tarvitaan, ehdottomasti, kontakti-ihmisenä [– –] Neuvonta, että mitä pitää tehdä, mihin pitää olla yhteydessä ja olla rehellinen minkälaisia lausuntoja. Sosiaalityöntekijällä on kontakteja eläkeyhtiöihin ja Kelaan, mihkä tarvii olla yhteydessä. (H5)

Verkostotoimijan kategoriasidonnaiset toiminnot, ”neuvoo, mitä pitää tehdä, mihin pitää olla yhteydessä ja minkälaisia lausuntoja tarvitaan”, viittaavat siihen, että sosiaalityöntekijä tuntee kuntoutustutkimusprosessin sisältäpäin. Aineisto-otteesta ilmenee, että sosiaalityöntekijällä on ”kontakteja” myös sairaalan ulkopuolelle, ”eläkeyhtiöihin ja Kelaan”. Verkostotoimijana sosiaalityöntekijä kertoo ”rehellisesti minkälaisia lausuntojen” tulisi olla, mikä herättää kysymyksen toisen, nimeltä mainitsemattoman tahon epärehellisyydestä saman asian suhteen. Verkostoituva työtapaa rakentaa liittolaisuutta paitsi asiakkaan, myös moniammatillisen tiimin jäsenten sekä asiakkaan laajemman verkoston jäsenten välille. Kyse on ammattiryhmien rajat ylittävistä asiantuntijuudesta, joka on myös SOTE-uudistuksen keskiössä. (Antikainen-Juntunen 2005, 143; Pohjola 2016.) Verkostotoimijana sosiaalityöntekijällä on ajan tasaista tietoa yhteiskunnan toimintajärjestelmistä ja niiden tarjoamista mahdollisuuksista sekä toimivia kontakteja eri järjestelmien edustajiin (Antikainen-Juntunen 2005, 144; Lindh 2007, 78).

Tarkennettuna verkostotoimijan kategoriasidonnaisiin toimintoihin kuuluu myös verkostoyhteyksien hyödyntäminen ”asioiden jouduttamiseksi” (H10). Asioiden jouduttaminen näyttäytyy merkittävänä tehtävänä ja sosiaalityöntekijä asetetaan ”ykkösasemaan lääkärin kanssa”. Sosiaalityöntekijä asettaminen lääkärin rinnalle kertoo paitsi kohtaamisen merkityksestä myös haastateltavan tiedostamasta sairaalahierarkiasta, jossa johtoasema on lääketieteen edustajilla. (Kinni 2014, 51; Lindh 2007, 71–72.)

### *Koulutusmahdollisuuksien ja työhön paluun suunnittelu*

Ammatillisten kuntoutusvaihtoehtojen kartoittaminen on tärkeä osa kuntoutustutkimuspoliklinikan tehtäväkenttää. Aineisto-otteessa sosiaalityöntekijän työtehtäväksi määritetty koulutusmahdollisuuksien suunnittelu ja tehtävää toteuttaessaan sosiaalityöntekijä toimii ammatillisen kuntoutuksen suunnittelijana.

T: Mitä sosiaalityöntekijä tekee poliklinikalla? Tarvitaanko sosiaalityöntekijää?

H: Kyllä mun mielestä. [– –] tiedät koulutusmahdollisuuksista ja muutenkin elämisen eteenpäin menemiseen, muutakin kuin raha-asioita. (H1)

”Koulutusmahdollisuuksista tiedottaminen” kuuluu ammatillisen kuntoutuksen suunnittelijan kategoriasidonnaisiin toimintoihin. Sosiaalityöntekijän työtehtävät eivät rajoitu toimeentuloa käsitteleviin asioihin vaan myös ”muun elämisen eteenpäin menemiseen” kiinnitetään huomiota. Tavoitteena ei ole ainoastaan nykyhetken tarpeiden tyydyttäminen vaan katse on samanaikaisesti asiakkaan tulevaisuudessa ja elämisen sujuvuuden varmistamisessa. Metteri (1993, 92–93) puhuu sosiaalityöntekijöille jo ammatin puolesta kuuluvasta seurausvastuun kantamisesta. Seurausvastuu sisältää tulevaisuuden vaihtoehtojen realistisen tarkastelun, seurausten ennakkoinnin ja näiden tekijöiden esille nostamisen (Antikainen-Juntunen 2005, 145).

Keskustelu aikaisemmista kuntoutusjaksoista synnyttää kuvausta sosiaalityöntekijän kohtaamisesta. Ammatillisen kuntoutuksen suunnittelijan kategoriasidonnaisiin toimintoihin kuuluu erilaisten koulutus- ja työvaihtoehtojen ”pähkäileminen” yhdessä asiakkaan kanssa (H10). Arviointia tehdään paitsi vaihtoehtojen soveltuvuudesta, siitä mitkä vaihtoehdoista ”voisivat tulla kysymykseen”, myös siitä, miten asiakkaan toimintakykyä olisi mahdollista arvioida: ”pääsisin kokeilemaan aloja, mille pystyisin menemään.” Haastattelun edetessä käy ilmi, että sosiaalityöntekijä oli ensin ehdottanut haastateltavalle yhteistä tapaamista silloisen työnantajan kanssa, mutta tästä vaihtoehdosta haastateltava oli kieltäytynyt. Kieltäytyminen johti alustavan ammatillisen kuntoutussuunnitelman muuttamiseen ja painopisteeksi tuli uusien ammatillisten vaihtoehtojen ”kokeileminen”. Sosiaalityöntekijän ja asiakkaan näkemykset ammatillisen kuntoutuksen tavoitteista voivat toisinaan olla erisuuntaisia. Tällöin sosiaalityöntekijä joutuu seurausvastuunsa näkökulmasta pohtimaan realistisia ammatillisen kuntoutuksen vaihtoehtoja, jotka ”voivat tulla kysymykseen” ja toisaalta keskittymään niihin vaihtoehtoihin, joihin asiakas on valmis sitoutumaan (Palomäki 2012, 83; Haukka-Wacklin 2016, 39).

### *Kuntoutusprosessin ohjaaminen*

Sosiaalityöntekijän tapaamistiheys kuntoutustutkimusjakson aikana riippuu asiakkaan elämäntilanteesta ja tuen tarpeesta.

T: Jäikö kuntoutustutkimuksesta mieleen jotain hyvää tai huonoa?

H: Sosiaalityöntekijä oli meille hirveen suureksi avuksi. Myöhemminkin lupasi ja auttoi mua kaikissa, selvitti asioita, koko prosessia ja lähinnä sosiaalipuolen asioita. Se jäi oikein hyväksi. (H7)

Aineisto-otteen perusteella sosiaalityöntekijä voidaan nähdä prosessiohjaajana, jonka kategoriasidonnaisiin toimintoihin kuuluvat sekä ”sosiaalipuolen asioiden” että ”koko prosessin selvittäminen”. Haastateltava tarkentaa sosiaalityöntekijän olleen ”meille hirveen suureksi avuksi” viitaten itseensä ja puolisoonsa, joka oli läsnä lähes kaikissa tutkimus- ja hoitotapaamisissa. Puolison tiivis osallistuminen hoitoon kertoo haastateltavan erityisestä tuen tarpeesta (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 3 §). Prosessiohjaajana sosiaalityöntekijä on asiakkaan käytettävissä koko prosessin ajan, mihin viittaa toteamus ”myöhemminkin lupasi ja auttoi”.



Haastattelun edetessä prosessiohjaajan toimenkuva tarkentuu ja kategoriasidonnaisiin toimintoihin liitetään sekä kuntoutustutkimusprosessin sisällöstä että kuntoutussuunnitelman laatimisesta tiedottaminen: ”selvittää mitä tehdään, missä aikataulussa ja minkä takia” (H7). Prosessiohjaajana sosiaalityöntekijä on kiinnostunut tavoittamaan asiakkaan näkemyksen lähtötilanteestaan sekä laatimaan yhteisen arvioinnin siitä, mihin haetaan muutosta ja minkälaisilla keinoilla (ks. myös Kananoja 2017, 190). Prosessiohjaajan ominaisuudessa sosiaalityöntekijä tekee sekä palvelutarpeen arviointia (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 36 §) huomioiden asiakkaan hoitoon osallistuvat läheiset että tehostettua tai yksilöllistä palveluohjausta asiakkaan tuen tarpeista riippuen (Hänninen 2007, 16–17).

Prosessiohjauksen tarvetta puolustetaan ja oikeutetaan muun muassa konsensuksella vahvistamista hyödyntäen. Tällöin prosessiohjauksen tarpeesta puhutaan ”kuntoutuspotilaiden” nimissä, joille ”ei ole helppoja tilanteita ja paljon tulee uutta, isoa asiaa” (H7). Ryhmän jäsenenä haasteellisen asian esiin nostaminen on helpompaa, koska lähtöajatuksena on, että muut ryhmän jäsenet jakavat saman mielipiteen (Jokinen 1999, 138–139). Asiakkaiden kohteluun liittyvistä toiveista keskustelu päättyy eri ammattiryhmien väliseen vertailuasetelmaan. Lääkärit kategorisoidaan ”kiireisiksi” ja ”ei-kansanomaista kieltä” käyttäviksi ammattihenkilöiksi, jotka eivät ”selvitä” kuntoutustutkimusprosessia riittävän hyvin (H7). Myöhemmin käy ilmi, että ymmärtämisongelmia on esiintynyt ”monesti” lääkärikäyntien yhteydessä ”monessakin paikassa”. Ääri-ilmaisujen käyttö vahvistaa kokemusta siitä, että ”kiire ja kielenkäyttö” heikentävät vuorovaikutussuhdetta ja asiakkaan osallisuutta erityisesti lääkäreiden ammattikunnan kohtaamisissa (Palomäki 2012, 120). Lääkärin ammatilliseen selontekovelvollisuuteen kuuluu kuntoutustutkimusprosessin kulun ja ”lääkinnällisen puolen selvittäminen” (H7). Kun odotusarvo ei toteudu, tehtävä jää sosiaalityöntekijälle, joka prosessiohjaajan kategoriassa ”tarpeen vaatiessa selvittää asioita”. Edellä kuvatussa tilanteessa haastateltava rakentaa kategoriakontrastin, jonka toisena osapuolena on lukuisten ”uusien ja isojen, ei helppojen asioiden” kanssa painivat ”kuntoutuspotilaat” ja toisena osapuolena ”kiireiset ja ei-kansanomaista kieltä käyttävät lääkärit”. ”Kuntoutuspotilaiden” ja lääkäreiden ristiriitaiset kategoriat antavat selityksen sille, miksi kuntoutustutkimusprosessin kulku ei ollut avautunut haastateltavalle (Juhila 2012, 155; Välimaa 2011, 205).

Prosessiohjaajan kategoriasidonnaisiin toimintoihin liitetään kokonaisvaltainen työskentelyote, joka pitää sisällään ”kiinnostuneisuuden kokonaisuudesta” ja ”kaikkien juttujen kokoon keräämisen”. Kokonaisuudesta kiinnostuneiden sosiaalityöntekijöiden kontrastiparina nostetaan esiin erityisosaamiseensa keskittyvät ammattilaiset: erikoislääkärit ”psykiatri ja fysiatri” sekä ”psykologi”, jotka ”menivät sille tasolle pelkästään” (H8). Prosessiohjaajana sosiaalityöntekijä tekee jatkuvaa tilannearviotyöskentelyä, sillä kategoriasidonnaisiin toimintoihin kuuluu ”ihmisten ongelmien kuunteleminen” ja ongelmanratkaisutoiminnassa ”ohjaaminen” tai vaihtoehtoisesti ”avun hankkiminen jostain”. Lisäksi prosessiohjaaja valvoo oikea-aikaisuutta, että ”ihmiset ovat oikeassa paikassa oikeaan aikaan” (H9). Asiakkaan prosessiohjauksen



tarve lisääntyy, kun kuntoutuminen pitkittyy, ongelmia esiintyy useilla elämän-alueilla samanaikaisesti ja kuntoutusprosessissa on mukana toimijoita palvelujärjestelmän eri sektoreilta. Prosessiohjaajan tehtävien sisällöllisesti rikas kuvaus on tulkittavissa erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden palveluohjaustarpeen lisääntymiseksi (Haukka-Wacklin 2016, 117). Matti Tuusan (2005, 81–82) näkemyksen mukaan sosiaalityöntekijän rooliin palveluohjaajana kuuluu asiakkaan palveluprosessia ohjaava työ. Kuntoutusprosesseilla tulisi aina olla nimettyä vastuuhenkilö, jolle koordinaatio- ja ohjaustehtävät kuuluvat (Koukkari 2010, 202). Haastattelupuheen perusteella ammatillisen kuntoutuksen suunnittelijan ja prosessiohjaajan kategoriat näyttävät nivoutuvan toisiinsa ja muodostavan yhdessä kuntoutuksen palveluohjauksen (Notko 2006, 65; Mattsén ym. 2008, 39).

### *Elämäntilanteen selvittäminen*

Vaikka asiakkaan elämäntilanteen selvittäminen on kuntouttavan sosiaalityön perustehtävä, silti ainoastaan neljä kymmenestä haastateltavasta tunnistaa ja liittää sen osaksi sosiaalityöntekijän työtä. Elämäntilanteen selvittäminen alkaa useimmiten ajankohtaisten kuulumisten vaihtamisella: ”puhellaan elämäntilanteesta” ja siitä, mitä asiakkaalle ajankohtaisesti kuuluu, ”miten on mennyt” (H2). Elämäntilannetta tarkastellaan myös kokonaisvaltaisesti huomioiden pitkäaikaisen elämäntilanteen vaikutukset asiakkaan nykyiseen vointiin, mikä saattaa vaikeuttaa tämän työtehtävän tunnistamista (Kananoja 2017, 351; Kankainen 2012, 20).

Seuraavassa aineisto-otteessa elämäntilanteen selvittämistehtävää toteuttava sosiaalityöntekijä asemoidaan rinnalla kulkijan kategoriaan ”duunareiden tasolle” (H8). Duunarin kategorialla viitataan kahden tasavertaisen henkilön kohtaamiseen, ei sosioekonomiseen asemaan tai yhteiskuntaluokkaan.

T: Oliko sosiaalityöntekijän ja psykologin kohtaamisilla jokin merkitys siinä yhtälössä?

H: Sosiaalityöntekijän kanssa tuntui, että se kattoi kokonaiskuvaa, mitä mun elämässäni on kotona. [– –] Ainahan sitä pidetään lääkäriä, että se on suurin piirtein toinen Jumala, ei sille uskalla kunnolla avautua, mitä todella ajattelet ja kunhan en kauheesti vaivaisi tota arvokasta ihmistä ettei vie turhaa aikaa. Sosiaalityöntekijän rooli on duunareiden tasolla. (H8)

Ammattiryhmien vastakkainasettelu avaa käänteisesti sosiaalityöntekijän kohtaamisen luonnetta ja tasoa. Kohtaaminen sosiaalityöntekijän kanssa mahdollistaa sen, mikä lääkärin kohtaamisessa ei ollut mahdollista: ”uskaltaa avautua” ja kertoa, ”mitä todella ajattelee”. Kohtaamisen tulee olla riittävän turvallinen, luottamuksellinen ja kiireetön, jotta asiakas uskaltaa avautua ja kertoa elämäntilanteestaan (Jokinen 2008, 118; Rossi 2013, 82). Asiakkaan ja sosiaalityöntekijän kohtaamista voi luonnehtia kahden tasavertaisen rinnalla kulkijan kiireettömäksi kohtaamiseksi. ”Kiinnostus asiakkaan elämään kotona” kuuluu rinnalla kulkijan (”duunarin”) kategoriasidon-

naisiin toimintoihin. Liittoutumalla sosiaalityöntekijän kanssa haastateltava asettaa lääkärit toiseutta tuottavaan ja stereotyyppiseen ”arvokkaiden ja kiireisten” ihmisten kategoriaan, jota aineisto-otteessa vahvistetaan vielä ilmaisulla ”ainahan sitä pidentään lääkäriä” (H8) (Jokinen 1999, 150–153).

Keskustelu kuntoutustutkimusprosessin kulusta synnyttää niin ikään yksityiskoh- taista kuvausta lääkärin ja sosiaalityöntekijän kohtaamisista. Puheenvuoronsa aluksi haastateltava (H7) antaa kriittistä palautetta: ”en saanut lääkärin puheesta mitään käsitystä.” Hän hakee vahvistusta kannanotolleen viittaamalla puolisoonsa, joka ”skarppina ihmisenä ei myöskään ymmärtänyt, mitä lääkäri tarkoittaa ja miten asiat tästä eteenpäin menee”. Puolison nostaminen esiin haastateltavan henkilögalleriasta ei tapahdu sattumalta, vaan sillä on tietty tehtävä kyseissä asiayhteydessä. Puoliso jakaa yhteisen arjen haastateltavan kanssa ja on tietoinen sairauden aiheuttamista arjen haasteita, mutta ne eivät vaikuta hänen havainnointi- ja ymmärtämiskykyynsä kuten haastateltavan kohdalla voidaan olettaa tapahtuvan (Sacks 1995, 182–183; Välimaa 2011, 178–179). Vaikka haastateltavan omaa arviota lääkärin puheen ymmärtämisen vai- keudesta voidaan selittää heikentyneellä terveydentilalla, ”skarpin miehen” kohdalla asia ei ollut näin. Haastateltavan käsitys sosiaalityöntekijän kielenkäytöstä tulee esille lääkärin kielenkäyttöön tapahtuvan vertailun ja kontrastin luomisen myötä (Jokinen 1999, 153). Rinnalla kulkevan sosiaalityöntekijän kategoriasidonnaisiin toimintoihin kuuluu asioiden kertominen ”konkreettisesti” ja ”ilman lääketieteellisiä nimityksiä”. Asiakkaan elämäntilanteen selvittämisen ja ymmärtämisen ei tulisi ajoittua ainoas- taan kuntoutustutkimuksen alkuvaiheeseen, vaan se tulisi nähdä myös kuntoutus- tutkimuksen päämääränä, sillä kuntoutuksella tavoitellaan asiakkaan elämäntilanteen jäsentymistä ja hallintaa (Koukkari 2010, 203; Haukka-Wacklin 2016, 19).

### *Huolenpito ja tukeminen*

Kolmella haastateltavalla on erityistä, intensiivisempää tuen tarvetta. Kyseiset haas- tateltavat kuvaavat paljon sosiaalityöntekijän persoonallisia ominaisuuksia ja huolen- pitotarpeeseen vastaamista. Sosiaalityöhön liitetyn huolenpitotehtävän ydinajatus on, että kaikki asiakkaat eivät kaikissa tilanteissa selviä ilman huolenpitoa (Juhila 2006, 151). Työntekijän herkkyyks ja responsiivisuus korostuu sairautensa vuoksi erityisen haavoittuvien asiakkaiden kohtelussa (Metteri 2012, 228, 234; Hesse 1985, 27).

Haastateltava kuvaa sosiaalityöntekijää kategoriapiirteellä ”kaikista positiivisin”, mikä ”oli jäänyt mieleen” kuntoutustutkimusjaksosta (H7). Kategoriapiirre ”kaikista positiivisin” viittaa kahden ihmisen; tukihenkilön ja tuettavan läheiseen kohtaami- seen. Kohtaamisessa välittäminen tulee ilmi työntekijän tavassa olla läsnä. Tällöin olennaista ei ole vain se, mitä tehdään tai sanotaan, vaan myös se, miten tehdään ja miten sanotaan. Tapa olla läsnä paljastaa työntekijän todellisen halun ja tahdon auttaa asiakastaan, asiakkaan arvostamisen ja kunnioittamisen (Särkelä 2011, 38; Palomäki 2012, 120).

Näennäisesti pieni seikka, kuten työntekijän suhtautuminen vastaanottotilanteessa mukana olleeseen lapseen, saattaa vaikuttaa asiakkaan arvioon työntekijän kohtaa-

misesta ja vuorovaikutustaidoista. Tukihenkilön kategoriasidonnaisiksi toiminnoiksi nimitään ”asiallinen, huomioiva suhtautuminen” tapaamisessa mukana olleeseen lapseen (H1). Haastateltava tiedostaa, että lapsen läsnäolo tapaamisessa ei välttämättä ole myönteinen asia, vaikka lapsi ”ei puhu paljon ja on hiljainen ja kiltti”.

Keskustelu kuntoutustutkimusjaksosta synnyttää kuvausta ”huolta pitävästä” sosiaalityöntekijästä.

T: Minkälainen kuva kokonaisuudesta jäi?

H: Mun kohdalla oli ihana ihminen tää sosiaalityöntekijä. [– –], hän jaksoi pitää huolta, että se oli plussana siinä. (H5)

Sosiaalityöntekijää kuvataan kategoriapiirteellä ”ihana ihminen” ja kategoriasidonnaisena toimintona mainitaan ”huolen pitäminen”, mikä vahvistaa käsitystä läheiseksi koetusta ihmissuhteesta sekä huolenpidon ja tuen tarpeesta ohjaustarpeen lisäksi (Cree & Davis 2007, 152).

Myöhemmin haastattelun edetessä haastateltava (H5) täydentää kuvaustaan tukihenkilön kategoriasta. Tukihenkilönä sosiaalityöntekijä on ”potilaan tuki ja turva”, ja tähän liittyvä kategoriasidonnainen toiminto, ”pystyy potilasta lukemaan vähän jopa rivien välistä”, tuo kategoriaan lisää syvyyttä. ”Rivien välissä” on asioita, joita ei mainita ääneen, mutta joilla on merkitystä arvioitaessa, mikä asiakkaalle ”olisi oikein hyväksi ja hyödyksi tässä tapauksessa”. Sanat ”tässä tapauksessa” viittaavat siihen, että tukihenkilönä toimiessaan sosiaalityöntekijä arvioi asiakastilanteita tapauskohtaisesti. (Ks. myös Rostila 2001, 64.) Tukihenkilönä sosiaalityöntekijä omaa myös tietynlaisen ”luonteen”, mikä mahdollistaa asiakkaan tilanteen arvioinnin muunkin kuin sanallisen viestinnän perusteella (H5). Tietynlaiseen ”luonteeseen” viittaaminen voidaan tulkitä sosiaalityöntekijän ammatilliseksi ”hyveeksi”: tavoiteltavaksi luonteenpiirteeksi tai ominaisuudeksi Aristoteleen hyve-etiikkaan viitaten (Ks. esim. Banks 2001).

### *Rinnalla vai perässä kulkemista?*

Poliklinikan toiminnan kehittämisehdotuksista keskusteltaessa sivutaan sosiaalityötä ja tehdään ehdotus sosiaalityöntekijän tehtäväkentän laajentamiseksi (H2). Sosiaalityöntekijälle on aikaisempien aineisto-otteiden valossa annettu tehtäväksi elämäntilanteen selvittäminen rinnalla kulkijan kategoriassa sekä huolenpidon ja tuen tarjoaminen tukihenkilön kategoriassa. Nyt haastateltava haluaa laajentaa tukihenkilön roolia kotona tehtävään työhön, jotta olisi mahdollista varmistua siitä, että aloitekyvytön asiakas todella toimii hoitosuosituksen mukaisesti.

T: Mitä olis hyvä kehittää enemmän tai huomioida kuntoutustutkimuspoliklinikalla?

H: Saamaton kuin olin, niin olis joku voinut potkia enemmän taikka kulkea perässä, niin olis A-klinikallekin tullut mentyä. Ei sinne ihan väkisin olisi tarvinnut viedä. Sisätautilääkäri sanokin, että sosiaalityöntekijä tai kuntoutus-

ohjaaja tulee joku aamu soittamaan oven taakse, että nyt lähdetään. Se oli vitsi, mutta ei kait sekään huono idea ole.

T: Keneltä olisit odottanut, että olis lähtenyt sun mukaan?

H: Kai kuntoutusohjaaja tai sosiaalityöntekijä sitten olis. [– –] Sitä vaan sanotaan, että otat sinne yhteyttä ja soitellaan kuukauden päästä, että ootko ottanut yhteyttä. En sitten ollut, niin nyt otat sitten.

T: Siinä ei paljon kehotukset auta, niin se varmasti on.

H: Masennusta diagnosoitu keskivaikeana, niin ei sitä vaan saa aikaiseksi. (H2)

Kuntoutussuunnitelman laatimisen yhteydessä oli sovittu, että sosiaalityöntekijä varmistaa jälkikäteen puhelimitse, että haastateltava on toiminut sovitusti ja asioinut A-klinikalla. Haastateltava kritisoi, että päihdekuntoutukseen ohjautuminen jätetään asiakkaan omalle vastuulle ja seuranta toteutetaan puhelimitse. Hän kategorisoi itsensä ”saamattomaksi ja keskivaikeasti masentuneeksi”, josta on seurauksena se, että ”ei vaan saa aikaiseksi” (Juhila 2012, 160). Kuvauksen perusteella haastateltava peräänkuuluttaa kotiin suuntautuvaa intensiivistä palveluohjaustyötä ja henkilökohtaista palveluohjaajaa, joka tulee kirjaimellisesti asiakkaan kotiin (Hänninen 2007, 18). Haastateltava pohtii myös pakkohoitokriteereiden lieventämistä, jotta ”päihdehoitoon tulisi mentyä”. Sekä lääkäri että haastateltava antaisivat asiakkaan kotiin suuntautuvan tukityön vaihtoehtoisesti joko sosiaalityöntekijän tai kuntoutusohjaajan hoidettavaksi. Tästä voitaneen päätellä, että sosiaalityöntekijän ja kuntoutusohjaajan työtehtävät eivät ole kaikilta osin tarkkarajaisia ja tehtävien päällekkäisyyttä esiintyy ajoittain.

Aineiston analyysin perusteella luokittelin kuusi sosiaalityöntekijän työtehtävää ja niiden kautta jäsentäen kuusi sosiaalityöntekijän toimijakategoriaa, jotka yhdistän taulukossa 1 kolmeksi sosiaalityöntekijän roolikategoriaksi: asianajaja, kuntoutuksen palveluohjaaja ja psykososiaalisen tuen antaja. Tulokset olen koonnut taulukoon siten, että ensimmäisessä sarakkeessa on kuntoutujien kuvausten perusteella luokittelemani sosiaalityöntekijän työtehtävät ja niiden haastattelujen määrä, joissa työtehtävä mainitaan. Toisessa sarakkeessa kuvaan kategoriasidonnaiset toiminnot ja kategoriapiirteet suorina aineisto-otteina. Kolmannesta sarakkeesta ilmenee työtehtävien kautta jäsentämäni sosiaalityöntekijän toimijakategoriat. Neljännessä sarakkeessa esitän analyysin tuloksena muodostamani sosiaalityöntekijän roolikategoriat. Taulukko toimii tulososion tiivistelmänä, jota avaan sisällöllisesti seuraavassa luvussa tutkimuskirjallisuutta reflektoiden.

**Taulukko 1.** Sosiaalityöntekijä asianajajana, kuntoutuksen palveluohjaajana ja psykososiaalisen tuen antajana.

Sosiaalityöntekijän tehtävät ja haastattelujen määrä, joissa tehtävä mainitaan (N=10)	Kategoriasidonnaiset toiminnot / kategoriapiirteet	Sosiaalityöntekijän toimijakategoriat	Sosiaalityöntekijän roolikategoriat
Toimeentulo ja asuminen (8/10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "opastaa sosiaalisissa asioissa"</li> <li>- "selvittää sosiaalipuolen asioita"</li> <li>- "saa paperiasiat rullaamaan"</li> <li>- "oikea käteni"</li> <li>- "pitää ajan tasalla"</li> <li>- "painii potilaan oikeuksien puolesta"</li> </ul>	Sosiaaliturvan opastaja	ASIANAJAJA
Yhteydenpito verkostoihin (5/10) (eläkevakuuutusyhtiöt, Kela)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "kontakteja eläkeyhtiöihin ja kelaan"</li> <li>- "soittelee työeläkevakuuutusyhtiölle"</li> <li>- "jouduttaa ja selvittää asioita"</li> <li>- "neuvonta, että mitä pitää tehdä, mihin pitää olla yhteydessä"</li> </ul>	Verkostotoimija	
Koulutusmahdollisuuksien ja työhön paluun suunnittelu (4/10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "tiedät koulutusmahdollisuuksista ja muutenkin elämisen eteenpäin menemiseen"</li> <li>- "päähkäilee" aloja, jotka "voisi tulla kysymykseen"</li> </ul>	Ammatillisen kuntoutuksen suunnittelija	KUNTOUTUKSEN PALVELUOHJAAJA
Kuntoutusprosessin ohjaaminen (4/10) → viitataan sekä kuntoutustutkimusprosessiin että asiakkaan henkilökohtaiseen kuntoutusprosessiin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "pitää nauhat käsissään"</li> <li>- "selvittää koko prosessia"</li> <li>- "keräsi kokoon kaikki jutut"</li> <li>- "kiinnosti kokonaisuus"</li> <li>- "selvittää mitä tehdään, missä aikataulussa ja minkä takia"</li> <li>- "kuuntelee ihmisten ongelmia, ohjaa ihmisiä itse ratkaisemaan niitä tai hankkii jostain apuja, kattoo, että ihmiset on oikeassa paikassa oikeaan aikaan"</li> </ul>	Prosessiohjaaja	
Elämäntilanteen selvittäminen (4/10) (arki, elämä kotona)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "miten on mennyt"</li> <li>- "kattoo kokonais kuvaa, mitä mun elämässäni on kotona"</li> <li>- "kertoi ihan konkreettisesti ja ilman lääketieteellisiä nimityksiä"</li> </ul>	Rinnalla kulkija	PSYKO-SOSIAALISEN TUEN ANTAJA
Huolenpito ja tukeminen (3/10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "jaksoi pitää huolta"</li> <li>- "otti hirveesti huomioon" / "suhtautui asiallisesti" (tapaamisessa mukana olleeseen lapseen)</li> <li>- "ihana ihminen"</li> <li>- "kaikista positiivisin"</li> <li>- "potilaan tuki ja turva"</li> <li>- "omaa luonteen, että pystyy potilasta lukemaan vähän jopa rivien välistä"</li> </ul>	Tukihenkilö	

## Sosiaalityöntekijän roolikategoriat

Toimeentulon ja asumisasioiden selvittäminen sekä yhteyden pitäminen asiakkaan verkostoon voidaan nähdä sosiaalityöhön kuuluvina asianajotehtävinä. Asianajajan roolikategoriassa toimiva sosiaalityöntekijä on aloitteentekijä suhteessa asiakkaaseen, ja asiakas selvästi tarvitsee oikeuksiensa puolustajaa. Asianajajan roolissa sosiaalityöntekijän toimijuuden korostumista oikeutetaan sillä, että ammattilaisella on väyliä, mahdollisuuksia ja valtaa sekä tietoa ja taitoa toimia tilanteessa tuottoisammin kuin asiakkaalla (Hokkanen 2014, 74). Asianajotehtävien painottuminen poliklinikan sosiaalityössä osoittaa, että pitkään palvelujärjestelmiä kiertänyt henkilö ei aina kykene aloitteellisuuteen ja jaksa taistella oikeuksiensa puolesta (Metteri 2000, 241; Juhila 2008, 76; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2014, 245). Asianajajan roolissa sosiaaliturvan opastajana toimiva sosiaalityöntekijä varmistaa asiakkaan sosiaalisten ja taloudellisten oikeuksien toteutumisen ja verkostotoimijana hän toteuttaa monialaista yhteistyötä (STM 2015, 32; 75–76).

Koulutusmahdollisuuksien ja työhön paluun suunnittelu sekä kuntoutusprosessin ohjaaminen ovat kuntoutuksen palveluohjaukseen kuuluvia työtehtäviä (Notko 2006, 65; Mattsén ym. 2008, 39). Kuntoutuksen palveluohjaus on myös Järvikosken ja Härkäpään (2004, 212) käyttämä käsite, joka kuvaa sosiaalihuoltolain (1301/2014) edellyttämää monialaista yhteistyötä (41 §) ja sosiaaliseen kuntoutukseen (17 §) liittyvää kuntoutuksen neuvontaa, ohjausta ja palveluiden yhteensovittamista. Järvikosken (2013, 59) mukaan kuntoutuksen palveluohjaaja laatii suunnitelman kuntoutuksen tavoitteista ja toteutuksesta yhdessä kuntoutujan kanssa eri järjestelmien edustajia konsultoiden ja pyrkii turvaamaan kuntoutusprosessin jatkuvuuden. Artikkelissani kuntoutuksen palveluohjaajan roolissa toimiva sosiaalityöntekijä on sekä ammatillisen kuntoutuksen suunnittelija että prosessiohjaaja, mutta ei yksin. Suunnittelu- ja prosessiohjaustehtäviä hoidetaan kuntoutustutkimuspoliklinikalla lääkärijohtoisesti, moniammatillisen tiimin yhteistyöllä ja ajallisesti rajattuina (ks. myös Romakkaniemi & Kilpeläinen 2014, 263).

Erotukseksi asianajajan roolikategoriasta, jossa sosiaalityöntekijä toteuttaa tiettyä, spesifiä tehtävää, kuntoutuksen palveluohjaajana hän ”pitää kaikki nauhat käsissään” ja toimii kokonaisuuden ehdoilla. Prosessiohjaajan kategoriassa sosiaalityöntekijä työskentelee ikään kuin kaksoisagenttina tai kahden eri prosessin ohjaajana: toimipisteensä ammatillisten käytäntöjen ja kuntoutujan kokonaistilanteen hahmottajana. Haastateltavat yrittivät asettaa kaksoisagentin viittaa ensin lääkärin hartioille, mutta kun odotusarvo ei toteutunut, tehtävä lankesi sosiaalityöntekijälle. Kuntoutuksen palveluohjaajan roolikategoriassa sosiaalityöntekijä ymmärtää samanaikaisesti sekä organisaatioiden välisten toimintojen monimutkaista verkostoa että näkee tämän asiakkaiden elämään vaikuttavan systeemin suhteessa asiakkaiden toimintakyvyn ja selviytymisongelmien historiaan (Rose & Black 1985, 82; Mattsén 2008, 38).

Psykososiaalisen tuen antajan roolissa rinnalla kulkijana ja tukihenkilönä toimissaan sosiaalityöntekijä toteuttaa selvimmin sosiaalihuoltolaissa (1301/2014, 17 §)

määriteltyä sosiaalista kuntoutusta. Asiakkaan elämäntilanteen selvittäminen rinnalla kulkijan kategoriassa sekä huolenpito ja tukeminen tukihenkilön kategoriassa voidaan nähdä sosiaalityöntekijän psykososiaalisina työtehtävinä, sillä työskentely kohdentuu yksilön psyykkiseen ja sosiaaliseen tilanteeseen huomioiden samalla hänen elämäntilanteensa kokonaisvaltaisesti (Granfelt 1993, 198, 200; Romakkaniemi & Väyrynen 2011, 135, 148). Rinnalla kulkijana toimiminen (”duunarius”) on tulkittavissa saman tiimin jäsenyydeksi tai sisarkategoriaksi. Oleellista on yhteisesti jaettu näkemys asiakkaan elämäntilanteesta ja arjesta. (Sacks 1972, 334; Forsberg ym. 1991, 113.) Tukihenkilön kategoriassa sosiaalityöntekijään liitetään lukuisia kategoriapiirteitä, kuten ”läheinen, kullanarvoinen ja ihana”. Myös kategoriasidonnaiset toiminnot kertovat läheiseksi ja luottamukselliseksi koetusta ihmissuhteesta: ”pitää huolta”, ”haluaa aidosti auttaa” ja ”pystyy lukemaan asiakasta vähän jopa rivien välistä”. Erityisen huolenpidon ja tuen tarpeessa olleet haastateltavat eivät säästelleet sanojaan kuvaillessaan sosiaalityöntekijän työpanosta. Kyse ei näytä olevan epärealistisesta ylistyspuheesta, sillä haastateltavat samalla kertoivat, mitä sosiaalityöntekijät konkreettisesti tekivät. Haastattelupuheen perusteella tukihenkilön kategoriaan sijoitetut sosiaalityöntekijät olivat asiakkaidensa tavoitettavissa: ”vaihdettiin sähköposteja” ja ”oltiin monta kertaa puhelinyhteydessä”. On mahdollista, että erityistä huolenpitoa ja tukea tarvitsevat henkilöt ovat jääneet perinteisen psykoterapian ulkopuolelle, mutta eivät ole autettavissa pelkästään sosiaalipalveluilla tai -etuuksilla (Granfelt 1993, 207; Sipilä 1989, 224; Alanko 2015, 189).

Analyysin pohjalta tutkimuksen keskeisimmiksi käsitteiksi muodostuvat asianajo, palveluohjaus (kontekstin vuoksi artikkelissa on käytetty käsitettä kuntoutuksen palveluohjaus) ja psykososiaalinen tuki, jotka näyttävät olevan hyvin globaaleja sosiaalityön käsitteitä (Esim. Craig & Muskat 2013, 8; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2014, 245; Schneiderman ym. 2008, 150). Aineistossa asianajolla viitataan sosiaaliseen tai sosiaalityölliseen asianajoon (*advocacy*), joka kohdistuu ihmisen ulkopuolelle, hänen elämäänsä määrittäviin tekijöihin (Hokkanen 2014, 48–49; Metteri 2014, 302). Hokkanen (2014) yksilöi sosiaalityöllisen asianajon omakohtaiseksi, asiakaskohtaiseksi, vertaiseksi, järjestölliseksi tai asiajärjestölliseksi, liikepohjaiseksi, edustukselliseksi ja valtiolliseksi asianajoksi<sup>3</sup>. Aineiston analyysin pohjalta sosiaalityöntekijä toimii lähinnä asiakaskohtaisena asianajajana, jonka tarkoituksena on muuttaa asiakkaan elämäntilannetta määrittäviä rakenteita, palveluita ja toimijoita asiakkaalle suosiolli-

3. Omakohtaisessa asianajossa ihminen on itse omien asioidensa ajaja ja ihannetapauksessa kuluttaja-asiakas. Asiakaskohtaisessa asianajossa keskitytään asiakkaan elämäntilannetta määrittävien tekijöiden muuttamiseen. Vertaisasianajo pohjautuu jäsentensä omaehtoiseen yksilötoimijuuteen. Järjestöllinen vertaisasianajo on kokemukselliseen asiantuntemukseen perustuvaa, organisoitunutta toimintaa. Asiajärjestöllinen asianajo perustuu professionaaliseen ja tiedolliseen asiantuntemukseen. Liikepohjaisessa asianajossa yhden asian ympärille kokoontuu suuri joukko asiantuntijatoimijoita. Edustuksellinen asianajo perustuu kansalaisen oikeuksiin vaikuttaa yhteiskunnallisiin asioihin. Valtiollisessa asianajossa tavoitellaan sosiaalisen kuulluksi tuleamista valtiollisessa ja kaupallisessa päätöksenteossa. (Hokkanen 2014, 82–84.)

seen suuntaan. Asiakaskohtainen asianajo on asiakkaan oikeuksien toteutumisen ja palvelujen sekä etuisuuksien saamisen tarkistamista (Hokkanen 2014, 82).

Kuntoutuksen palveluohjausprosessin tarkoituksena on määrittää asiakkaan yksilölliset voimavarat ja palvelutarpeet sekä löytää tarpeita parhaiten vastaavat palvelut ja tukimuodot (Hänninen 2007, 11; Järvikoski 2013, 59; Orme & Glastonbury 1993, 20). Palveluohjaus alkaa palvelutarpeiden arvioinnilla (Ala-Nikkola & Sipilä 1996; sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 36 §). Palveluohjaus voidaan määritellä ja jaotella lukuisilla eri tavoilla, esimerkiksi yleiseen tai perinteiseen palveluohjaukseen, voimavarakeskeiseen työotteeseen sekä intensiiviseen palveluohjaukseen (Hänninen 2007, 17–18; Suominen & Tuominen 2007, 31–33). Mikäli asiakas ei saa apua ongelmiinsa yleisen palveluohjauksen avulla, häntä autetaan tehokkaammalla palveluohjauksellisella työotteella. Monia palveluita tarvitsevan asiakkaan lähityöntekijä kokoaa asiakkaan tarvitseman tuet ja palvelut hänen saatavilleen. Monenlaisista ongelmista kärsiviä asiakkaita, jotka eivät tule autetuksi palveluohjauksellisella työotteella, autetaan intensiivisemmällä yksilökohtaisella palveluohjauksella (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 8 §). Intensiivisessä palveluohjauksessa asiakkaita auttaa henkilökohtainen palveluohjaaja, jonka työkuvaan kuuluu myös kotiin tehtävä työ. Erikoissairaanhoidon kontekstissa palveluohjaus painottuu asiakkaan elämäntilanteesta riippuen joko voimavarakeskeiseen työotteeseen tai intensiiviseen palveluohjaukseen. (Hänninen 2007, 17–18.)

Psykososiaalinen työskentely on kuntouttavan sosiaalityön ytimessä, sillä se huomioi ihmisen elämäntilanteen kokonaisvaltaisesti ja mahdollistaa muun kuntoutuksen toteutumisen (Romakkaniemi & Väyrynen 2011, 148). Kuntoutustutkimuspoliklinikalla voidaan puhua psykososiaalisesta korjaavasta työskentelystä, joka on luonteeltaan ongelmratkaisuprosessin läpiviemistä. Tämänkaltaisen työskentely edellyttää työntekijältä empatiataitoja ja ennen kaikkea taitoa kuunnella (Sipilä 2014, 58). Se korostaa henkilön tilanteen ymmärtämistä ja siihen vastaamista hänen sosiaalisessa ympäristössään (Healy 2014, 67; Hessle 1985, 26–27). Liian suuri eron tekeminen ennaltaehkäisevän ja korjaavan psykososiaalisen työskentelyn välillä ei ole kuitenkaan perusteltua, sillä aina on olemassa muutoksen mahdollisuus (Hessle 1985, 153; Bernler & Johnsson 1988, 32–33). Mikäli korjaava psykososiaalinen työskentely onnistuu ja asiakas voimaantuu, voidaan siirtyä kohdennetumpaan psykososiaaliseen työskentelyyn ja ammatillisen kuntoutuksen suunnittelu mahdollistuu (Palomäki 2012, 111).

Edellä mainittuja aineiston analyysissä rakennettuja käsitteitä ja sosiaalityöntekijän roolikategorioita ei kuntouttavassa sosiaalityössä voida helposti erottaa toisistaan, vaan ne esiintyvät samanaikaisesti. Asiakkaan elämäntilanteesta ja palvelutarpeesta riippuen toimija- ja roolikategoriat muuttuvat ja painottuvat tilanteisesti.



## Rinnalla kulkemista pahan paikan yli

Vaikka asianajo ja palveluohjaus sekä psykososiaalinen tuki ovat globaalisti tuttuja sosiaalityön käsitteitä, artikkeli pyrkii tuomaan uutta tietoa siitä, miten haastateltavat kuvaavat näihin käsitteisiin sisältyviä sosiaalityöntekijän työtehtäviä ja toimijuutta. Runsaasta asiakaslähtöisyyskeskustelusta huolimatta aihepiiriä ei ole juurikaan tarkasteltu asiakasnäkökulmasta (ks. myös Claiborne & Vandenburg 2001, 219–224). Yllättävää on, miten hyvin haastateltavien kuvaukset vastaavat sosiaalityöntekijöiden itsensä määrittelemiä, julkilausuttuja työtehtäviä ja sisällöllisesti tarkat tehtäväkuvaukset tekevät näkyväksi sosiaalityöntekijän työtä. Ainoastaan sosiaalityöntekijän rooli moniammatillisen tiimin jäsenenä ei välity asiakkaille saakka. Moniammatilliset kohtaamiset ajoittuvat usein kuntoutustutkimusprosessin alkuun ja loppuun, ja tällöin keskiössä on erikoissairaanhoidon ohjautumisen syihin pureutuminen ja kuntoutustutkimus-toimenpiteen tilaajan kysymyksenasetteluihin vastaaminen, mikä tapahtuu lääkärijohtoisesti. Moniammatillisuus elää kuitenkin haastateltavien puheissa, kun he vertailevat ammattilaisten tapoja toimia ja olla läsnä kohtaamisissa.

Tutkimusaineistossani haastattelupuheelle oli leimallista sosiaalityöntekijöiden ja lääkäreiden toimintatapojen keskinäinen vertailu. Sosiaalityöntekijöiden työtehtävistä ja toimijakategorioista välittyy poikkeuksellisen myönteinen sosiaalityöntekijäkuva ja samanaikaisesti lääkäreiden ammattikuntaa kohtaan esitetään hyvinkin vahvaa kritiikkiä. Tutkimusaineistossa kahdeksan kymmenestä haastateltavasta kritisoi lääkäreiden toimintaa. Haastateltavat olivat tyytymättömiä muun muassa jatkohoitoon, lääkärinlausuntoihin, seurantaan, kuntoutussuunnitelman laatimiseen, kielenkäyttöön, kiireeseen, kohteluun sekä kokonaisvaltaisen työskentelyotteen ja henkisen läsnäolon puutteeseen. Lääkäreiden toimintaan kohdistuva kritiikki on ennen kaikkea merkki sosiaaliturvakriteereiden medikalisoitumisesta. Koska sosiaaliturvaetuksien myöntäminen perustuu lääkärinlausuntoihin, pettymys kielteisistä etuus- ja kuntoutuspäätöksistä kohdistetaan yleisimmin lääkäreihin. (Metteri 2012, 221; Haukka-Wacklin 2016, 113, 117.) Lääkärin ihmissuhdetaidot joutuvat myös punnittaviksi tilanteissa, joissa lääketieteellisten löydösten ja asiakkaiden kokemien kipujen tai toimintakyvyn rajoitteiden välistä yhteyttä ei kyetä toteennäyttämään (Palomäki 2012, 120). Työeläkekuntoutuksen toimivuus -tutkimuksen loppuraportissa havaittiin, että hylkäävä päätös työeläkekuntoutuksesta herättää asiakkaissa lähes poikkeuksetta kielteisiä tunteita koko prosessia kohtaan. Hylkäävän päätöksen saaneet kritisoivat muun muassa työeläkelaitoksessa saamaansa kohtelua ja päätösten perustelutekstien kieliasua ja sisältöä. Toistuvasti hämmennystä aiheuttaa myös asiantuntijalääkäreiden näkemysten poikkeaminen hoitavien lääkäreiden näkemyksistä ja kielteisten päätösten tekeminen asiakasta näkemättä. (Gould, Saarnio ym. 2012, 67–68.) Terveystieteiden tutkimuksessa työskentelevä sosiaalityöntekijä jää edellä kuvatus kritiikin ulkopuolelle, sillä hän ei toimi viranomaisen roolissa eikä tee valituskelpoisia päätöksiä (Metteri 2012, 40). Usein sosiaalityöntekijän tehtävänä on asiakkaan avustaminen hylkääviin päätöksiin liittyvässä muutoksenhaussa. Kontrollitehtävien

vähäisyys ja viranomaisroolin puuttuminen poliklinikan sosiaalityöntekijän työstä helpottaa työntekijän ja asiakkaan liittoutumista sekä luottamuksen syntymistä.

Haastateltavien psyykkinen vointi kuvaa poliklinikan asiakaskunnan yleistä tilannetta, sillä psykiatrin arvioon saatettiin haastatteluajankohdanta lähettää yli puolet asiakaskunnasta. Psyykkisen voinnin romahtaminen näyttäytyy tyypillisenä seurauksena pitkittyneestä työkyvyttömyydestä ja palvelujärjestelmissä kiertämisestä (Metteri 2000, 241; Metteri 2004, 61; Metteri 2012, 191). Mitä haavoittuvaisempi asiakkaan elämäntilanne on, sitä enemmän merkitystä on työntekijän toimintatavoilla ja asenteilla. Työntekijän tulisi uskoa oman asiantuntijuutensa ja asiakkaan ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksiin, välittää asiakkaalle uskoa selviytymiseen ja osoittaa aitoa välittämistä. Haavoittuvassa elämäntilanteessa olevat asiakkaat aistivat työntekijän sitoutuneisuuden ja innostuneisuuden, mutta ennen kaikkea näiden ominaisuuksien puuttumisen (Ryan ym. 2004; Unkila 2015, 129).

Sosiaalityöntekijän tehtävät erikoissairaanhoidon kontekstissa kuvautuvat vaativina. Liian kauan ja liian paljosta vaille jääneet asiakkaat ovat usein intensiivisen palveluohjauksen ja vaativan sosiaalityöllisen asianajon tarpeessa (Metteri 2012, 228, 234; Haukka-Wacklin 2016, 114–115). Huolenpidon ja tuen kokeminen edellyttää läheisyyttä, hoivaa ja luottamusta (Ks. myös Rostila 2001, 45; Hänninen 2004, 82; Krok 2008, 165; Metteri 2012, 231). Vaikeissa ja hallitsemattomissa tilanteissa apua tarvitsevaa ihmistä auttaa erityisesti se, että järjestelmässä on joku, joka haluaa kuunnella ja kulkea rinnalla pahan paikan yli (Metteri 2012, 233). Sosiaalityöntekijöiltä toivottiin prosessissa rinnalla kulkemisen lisäksi kuntoutustutkimusjakson jälkeistä seuranta, ”perässä kulkemista”, kotiin tehtävää työtä intensiivisen palveluohjauksen tapaan. Voidaan sanoa, että sosiaalityön täytyy tarjota sekä emotionaalista että käytännöllistä tukea asiakkailleen eikä toinen tuen tarpeista voi edes toteutua ilman toista (Cree & Davis 2007, 152).

Sosiaalityöntekijät ovat analyysin perusteella vakiinnuttaneet paikkansa ja työskentelyotteensa poliklinikan toimintakäytännöissä esimiestason tukemana. Tällä tarkoitan sitä, että sosiaalityöntekijän käytettävissä oleviin toimijakategorioihin vaikuttavat oman toiminnan lisäksi asiakkaan toiminta ja kohtaaminen, ammattia ohjaavat periaatteet ja erityisesti isäntäorganisaation toimintaedellytykset. (Juhila 2008, 33; Romakkaniemi & Kilpeläinen 2014, 269.) Lainsäädännön muutokset ja sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistus tulevat väistämättä jakamaan työelämän kortit uudelleen eikä minkään ammattiryhmän edustaja voi tuudittautua siihen, että oma työnkuva ja työtehtävät eivät muuttuisi. Terveysosiaalityöntekijät ovat muutokseen kenties muita ammattiryhmiä valmiimpia, sillä he ovat tottuneet sovittamaan omaa asiantuntijuuttaan ja ammatillista toimintaansa vastaamaan toimintayksikkönsä ja ennen kaikkea asiakkaidensa tarpeita.

Sekä lääkärit että asiakkaat näkevät kuntoutusprosessin ohjauksen sosiaalityöhön kuuluvaksi työtehtäväksi. Vuonna 2009 toteutetun hankkeen: Työkyvyn arvioinnin ja kuntoutustarveselvityksen koordinaatio – linkkinä sosiaalityö, tuloksista ilmenee, että lääkärit arvostavat sosiaalityöntekijän roolia kuntoutussuunnitelmaprosessin

koordinoijana ja seuraajana (Palomäki ym. 2009, Palomäki 2012, 15). Hankkeen sosiaalityöntekijät eivät olleet itse tietoisia koordinointi- ja seurantatehtävästään, joten sen voi ajatella sisältyvän itsestään selvästi sosiaalityön toimintakäytäntöihin ja ideologiaan (Palomäki ym. 2009, 12–13). Moniammatillinen työskentely lääkäreiden ja hoitajien kanssa edellyttää sosiaalityöntekijältä vahvaa ammatillista identiteettiä ja yhteiskuntatieteellistä osaamista. Kuten tästä tutkimuksesta käy ilmi, erikoissairaanhoidon kriteerit täyttävillä asiakkaila on lähes poikkeuksetta vaativia palveluuhjauksen, sosiaalityöllisen asianajon ja psykososiaalisen tuen tarpeita. Erikoissairaanhoidon toimintaympäristö ja asiakkaiden monialaisiin palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttävät myös tulevaisuudessa sosiaalityöntekijän ammatilliset kelpoisuusehdot täyttävän henkilön työpanosta.

## Lähteet

- Ala-Nikkola, Merja & Sipilä, Jorma (1996) Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa Anna Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin liitto, 16–31.
- Alanko, Anna (2015) Hyvän kehältä autonomiseen elämään. Teoksessa Janne Autto & Mikael Nygård (toim.) Hyvinvointivaltion kulttuurintutkimus. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 167–195.
- Alatalo, Johanna & Mähönen, Erno & Räisänen, Heikki (2017) Nuorten ja nuorten aikuisten työelämä ja sen ulkopuolisuus. TEM-analyysijä 76/2017. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-211-8>. Luettu 18.5.2017.
- Antikainen-Juntunen, Eija (2005) Sosiaalityö psykiatriassa työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityöntekijöiden käsitysten arviointi empowermentin näkökulmasta. Lisensiaatintutkimus. Tampere: Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. [www.sosnet.fi/loader.aspx?id=5d7846brc2f4-4858-8e4e-dfa315fbb635](http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=5d7846brc2f4-4858-8e4e-dfa315fbb635). Luettu 22.5.2017.
- Banks, Sarah (2001) Ethics and Values in Social Work. Basingstoke: Palgrave.
- Beddoe, Liz (2013) Health social work: professional identity and knowledge. *Qualitative Social Work* 12(1) 24–40.
- Bernler, Gunnar & Johnsson, Lisbeth (1988) Teori för psykosocialt arbete. Stockholm: Natur och Kultur.
- Brommels, Mats & Aronkytö, Timo & Kananoja, Aulikki & Lillrank, Paul & Reijula, Kari (2016) Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2016:37. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3821-2>. Luettu 22.10.2016.
- Claiborne, Nancy & Vandenberg, Henry (2001) Social Workers' Role in Disease Management. *Health and Social Work*, 26 (4), 217–225.
- Craig, Shelley L. & Muskat, Barbara (2013) Bouncers, Brokers, and Glue: The Self-described Roles of Social Workers in Urban Hospitals. *Health & Social Work* 38 (1), 7–16.
- Cree, Vivienne E. & Davis, Ann (2007) Social Work: Voices from the Inside. London: Routledge.
- Eläketurvakeskuksen taskutilasto 2017. Eläketurvakeskuksen tilastoja 5/2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201705116378>. Luettu 18.5.2017.
- Eläketurvakeskuksen tiedote 23.3.2017. Masennus vie joka päivä kahdeksan henkilöä työkyvyttömyyseläkkeelle. <http://www.etk.fi/tiedote/masennus-vie-joka-paiva-kahdeksan-henkiloa-tyokyvyttomyyselakkeelle>. Luettu 18.5.2017.

- Forsberg, Hannele & Ritala-Koskinen, Aino & Järviluoma, Helmi & Roivainen, Irene (1991) *MCD-analyysillä moraalisen järjestyksen lähteille?* Teoksessa Hannele Forsberg, Arja Jokinen, Kirsi Juhila, Helmi Järviluoma, Marjo Kuronen, Tarja Pösö, Aino Ritala-Koskinen, Irene Roivainen, Ilmari Rostila, David Silverman & Eero Suoninen. *Sosiaalisia käytäntöjä tutkimassa. Katkelmia empiirisen tutkimuksenteon vaiheista. Tutkimuksia Sarja A Nro 1.* Tampere: Tampereen yliopisto, sosiaalipoliittikan laitos, 111–121.
- Gould, Raija & Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila (2008) *Mielenterveysongelmat ja oikea-aikainen reagointi työeläkekuntoutuksen haasteina.* Kuntoutus 31(1), 39–53.
- Gould, Raija & Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina (2012) *Oikeaan aikaan?* Teoksessa Raija Gould, Kristiina Härkäpää & Aila Järvikoski (toim.) *Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1/2012.* Helsinki: Eläketurvakeskus, 85–108. <http://www.etk.fi/wp-content/uploads/2015/10/Toimiiko%20ty%C3%B6el%C3%A4kekuntoutus.pdf>. Luettu 19.5.2017.
- Gould, Raija & Saarnio, Leena & Härkäpää, Kristiina (2012) *Myöntö vai hylkäys?* Teoksessa Raija Gould, Kristiina Härkäpää & Aila Järvikoski (toim.) *Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1/2012.* Helsinki: Eläketurvakeskus, 57–84.
- Gould, Raija & Tuominen, Kristiina (2012) *Muuttuiko mikään?* Teoksessa Raija Gould, Kristiina Härkäpää & Aila Järvikoski (toim.) *Toimiiko työeläkekuntoutus? Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1/2012.* Helsinki: Eläketurvakeskus, 37–56. <http://www.etk.fi/wp-content/uploads/2015/10/Toimiiko%20ty%C3%B6el%C3%A4kekuntoutus.pdf>. Luettu 19.5.2017.
- Granfelt, Riitta (1993) *Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä.* Teoksessa Riitta Granfelt, Harri Jokiranta, Synnove Karvinen, Aila-Leena Matthies & Anneli Pohjola. *Monisärmäinen sosiaalityö.* Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 175–227.
- Haukka-Wacklin, Tuula (2016) *Erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusasiakas – kuntoutustutkimus, kuntoutussuunnitelma ja muutokset ICF-luokituksen osa-alueilla asiakkaan arvioimana. Lisensiaatintutkimus.* Tampere: Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201612222894>. Luettu 26.5.2017.
- Healy, Karen (2014) *Social Work Theories in Context: Creating Frameworks for Practice.* Second edition. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Heinonen, Hanna (2007) *Kohti syvempää ymmärrystä sosiaalityössä. Tutkiva ja arvioiva työote sosiaalityöntekijöiden jäsentämänä.* soccan ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja nro 16, 2007. <http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=ca0840f2-fdf4-4bd2-910e-2298a3af21c4>. Luettu 18.5.2017.
- Helne, Tuula (2002) *Syrjäytymisen yhteiskunta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes).* Tutkimuksia 123. Helsinki: Stakes.
- Hessle, Sven (1985) *Riktlinjer för psykosocialt arbete.* Göteborg: AWE/Gebers.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2001) *Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö.* Helsinki: Yliopistopaino.
- Hokkanen, Liisa (2014) *Asiakaskansalaisen toimijuus sosiaalityöllisessä asianajossa. Asiakaskansalaisen toimijuus sosiaalityöllisessä asianajossa.* Teoksessa Merja Laitinen & Asta Niskala (toim.) *Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. 2. painos.* Tampere: Vastapaino, 55–86.
- Hänninen, Jorma (2004) *Sosiaalityön miehet ja huolta pitävä valta.* Teoksessa Marjo Kuronen, Riitta Granfelt, Leo Nyqvist & Päivi Petrelius (toim.) *Sukupuoli ja sosiaalityö.* Jyväskylä: PS-kustannus, 77–100.
- Hänninen, Kaija (2007) *Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin.* Stakes, raportteja 20/2007. Helsinki: Stakes.
- Jayyusi, Lena (1984) *Categorization and the Moral Order.* Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Jokinen, Arja (1999) *Vakuuttelevan ja suostuttelevan retoriikan analysoiminen.* Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen. *Diskurssianalyysi liikkeessä. Vuorovaikutus, toimijuus ja kulttuuri empiirisen tutkimuksen haasteina.* Tampere: Vastapaino, 126–159.

- Jokinen, Arja (2008) Sosiaalityö tukena ja kontrollina aikuisten kohtaamisessa. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim.) *Sosiaalityö aikuisten parissa*. Tampere: Vastapaino, 110–144.
- Juhila, Kirsi (2004) Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimus. *Historiaa ja nykysuuntauksia*. Janus 12 (2) 2004, 155–183.
- Juhila, Kirsi (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.
- Juhila, Kirsi (2008) Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön yhteiskunnallinen paikka. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim.) *Sosiaalityö aikuisten parissa*. Tampere: Vastapaino, 48–81.
- Juhila, Kirsi (2012) Ongelmat, niiden selittäminen ja kategoriat. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen. *Kategoriat, kulttuuri & moraali*. Tampere: Vastapaino, 131–174.
- Juhila, Kirsi & Jokinen, Arja & Suoninen, Eero (2012a) *Kategoria-analyysin juuret*. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen. *Kategoriat, kulttuuri & moraali*. Tampere: Vastapaino, 17–44.
- Juhila, Kirsi & Jokinen, Arja & Suoninen, Eero (2012b) *Kategoria-analyysin teesit*. Teoksessa Arja Jokinen, Kirsi Juhila & Eero Suoninen. *Kategoriat, kulttuuri & moraali*. Tampere: Vastapaino, 45–88.
- Järvikoski, Aila (2013) Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3457-3>. Luettu 21.10.2016.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina (2004) *Kuntoutuksen perusteet*. Helsinki: wsoy.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina (2011) *Kuntoutuksen perusteet*. 5. uudistettu painos. Helsinki: wsoypro.
- Järvikoski, Aila & Karjalainen, Vappu (2008) Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa Paavo Rissanen, Tapani Kallanranta & Asko Suikkanen (toim.) *Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim, 80–93.
- Järviluoma, Helmi & Roivainen, Irene (1997) Jäsenkategorisoinnin analyysi kulttuurisena metodina. *Sosiologia* 34:1, 15–25.
- Kananoja, Aulikki (2017) Asiakastyön yleiset lähtökohdat sosiaalialalla. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. Helsinki: Tietosanoma, 173–192.
- Kananoja, Aulikki (2010) Sosiaalityö terveydenhuollossa. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen & Pirjo Malkamäki (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. Helsinki: Tietosanoma, 275–285.
- Kankainen, Leila (2012) Aikuissosiaalityön haasteet. Institutionaalinen näkökulma kehittämishankkeiden kuvaamaan sosiaalityöhön. *Lisensiaatintutkimus*. Tampere: Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. <http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=56fefcf6-dd5f-494f-b822-e81099b30590>. Luettu 6.6.2017.
- Karjalainen, Pekka (2017) Aikuissosiaalityö. Teoksessa Aulikki Kananoja, Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) *Sosiaalityön käsikirja*. Helsinki: Tietosanoma Oy, 247–259.
- Karvinen, Synnöve (1996) Hajoaako sosiaalityö? Havaintoja sosiaalityön ammatillisesta asiantuntijuudesta. Teoksessa Anna Metteri (toim.) *Moniammatillisuus ja sosiaalityö*. Helsinki: Edita, 32–50.
- Kinni, Riitta-Liisa (2014) Gerontologinen sosiaalityö ja ihmisten työstäminen: kategorisointia sairaalan moniammatillisessa työssä. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1646-4>. Luettu 22.5.2017.
- Koukkari, Marja (2010) Tavoitteena kuntoutuminen – Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Väitöskirja. Acta Universitatis Lapponiensis 179. Rovaniemi: Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ula-2011291056>. Luettu 25.5.2017.
- Krok, Suvi (2008) Vähävarainen yksinhuoltajaäiti etuusjärjestelmässä. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila (toim.) *Sosiaalityö aikuisten parissa*. Tampere: Vastapaino, 145–174.

- Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma (2004) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kyyhkynen, Tuula (2012) Johtava sosiaalityöntekijä terveys- ja sosiaalityön toimijana. Lisensiaatintutkimus. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. <http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=8264doed-ab49-4b20-846c-a54e20a4981f>. Luettu 18.5.2017
- Lindh, Jari (2007) Ammatillisen kuntoutussuunnittelun vuorovaikutteisuuden ja toteutumisen haasteet. *Kuntoutus* 30 (4), 3–26.
- Lindh, Jari (2013) Kuntoutus tuotetaan toimintaverkostoissa. *Kuntoutus* 36 (3), 50–61.
- Lindh, Jari & Suikkanen, Asko (2008) Ammatillinen kuntoutus pysyvässä muutoksessa. *Kuntoutus* 31 (1), 59–63.
- Liukko, Eeva (2006) Kuntouttavaa sosiaalityötä paikantamassa. SOCCAN ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja 9/2006. [http://www.socca.fi/files/78/Kuntouttavaa\\_sosiaalityota\\_paikantamassa.pdf](http://www.socca.fi/files/78/Kuntouttavaa_sosiaalityota_paikantamassa.pdf). Luettu 30.5.2017.
- Lymbery, Mark (2005) United We Stand? Partnership Working in Health and Social Care and the Role of Social Work in Services for Older People. *British Journal of Social Work* 36 (7), 1119–1134.
- Mattsén, Kirsti & Mäkilä, Riitta & Pettersson, Raija & Sjögren, Riitta (2008) Kuntoutusohjauksen kehittäminen erikoissairaanhoidossa – haasteita ja mahdollisuuksia. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 3/2008. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä.
- Metteri, Anna (1993) Terveystieteiden moniammatillinen työ ja sosiaalityön vastuunotto. Teoksessa Synnöve Karvinen (toim.) *Sosiaalityön eettiset jännitteet. Sosiaalityön vuosikirja*. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin liitto, 88–102.
- Metteri, Anna (1996) Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä – tietojen yhteensovitus. Teoksessa Anna Metteri (toim.) *Moniammatillisuus ja sosiaalityö*. Helsinki: Edita, 143–157.
- Metteri, Anna (2000) Sosiaalityön vaikeiden tilanteiden tutkiminen – Asiantuntijatyön moraalit ja politiikka. Teoksessa Synnöve Karvinen, Tarja Pösö & Mirja Satka (toim.) *Sosiaalityön tutkimus – Metodologisia suunnistuksia*. Jyväskylä: SoPhi, 237–261.
- Metteri, Anna (2004) Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset. Helsinki: Edita.
- Metteri, Anna (2012) Hyvinvointivaltion lupaukset, kohtuuttomat tapaukset ja sosiaalityö. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1778. Tampere: Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.
- Metteri, Anna (2014) Terveys- ja sosiaalityö, eriarvoistuva sosiaalipolitiikka ja asiakkaiden kohtuuttomat tilanteet. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 296–328.
- Musikka-Siirtola, Marjatta & Siirtola, Taisto & Wikström, Juhani (2008) Lääkinnällisen kuntoutuksen kehitys ja haasteet tulevaisuudelle. *Kuntoutus* 31 (4), 35–46.
- Norko, Tiina (2006) Kuntoutus- ja palveluohjauksen mahdollisuudet. *Janus* 14 (1) 2006, 61–66.
- Orme, Joan & Glastonbury, Bryan (1993) *Care Management: Tasks and Workloads*. Basingstoke: Macmillan.
- Palola, Elina (2012) Sosiaalinen kuntoutus uudessa sosiaalihuoltolaissa. *Kuntoutus* 35 (4), 30–34.
- Palomäki, Susanna (2012) Asiakkaiden osallisuus kuntoutustutkimusprosessissa. Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Lisensiaatintutkimus. Tampere: Tampereen yliopisto, Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.
- Palomäki, Susanna & Havukainen, Pirjo & Vanhala, Anni & Apponen, Eevi (2009) Työkyvyn arvioinnin ja kuntoutustarveselvityksen koordinaatio – linkkinä sosiaalityö. Tampere: TAYS, Neuroalat ja kuntoutus.
- Pirttijärvi, Mirja (2013) Merkintöjä marginaalissa. Terveys- ja sosiaalityö aikuispsykiatriassa potilaan taloudellisen ja sosiaalisen selviytymisen edellytysten määrittelijänä. Lisensiaatintutkimus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Sosiaalityön tutkimuskeskus.

- kylä: Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. <http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=c19841f7-2357-4f70-b7ed-d91a2dbd194>. Luettu 18.5.2017.
- Pohjola, Pasi (2016) SOTE-palveluiden integraatio. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio>. Luettu 25.5.2017.
- Pyykkönen, Jussi & Myrskylä, Pekka & Haavisto, Ilkka & Hiilamo, Heikki & Nord, Ulla (2017) Kadonneet työmiehet. Suomessa 79 000 miestä ei tee tai aina edes hae töitä – mitä heille tapahtui? EVA-analyysit nro: 54. Helsinki: Elinkeinoelämän Valtuuskunta EVA. [http://www.eva.fi/wp-content/uploads/2017/02/no\\_54.pdf](http://www.eva.fi/wp-content/uploads/2017/02/no_54.pdf). Luettu 18.5.2017.
- Romakkaniemi, Marjo & Kilpeläinen, Arja (2014) Asiakkuus terveydenhuollon sosiaalityössä – Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät asiakkaiden toimijuuden tilojen rakentajina. Teoksessa Merja Laitinen & Asta Niskala (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. 2. painos. Tampere: Vastapaino, 244–271.
- Romakkaniemi, Marjo & Väyrynen, Sanna (2011) Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kokemuksia psykososiaalisesta kuntoutuksesta. Teoksessa Aila Järvikoski, Jari Lindh & Asko Suikkanen (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 135–151.
- Rose, Stephen M. & Black, Bruce L. (1985) Advocacy and empowerment. Mental Health Care in the Community. London, Boston, Henley: Routledge & Kegan Paul.
- Rossi, Eeva (2013) Arviointia, tukea ja huolenpitoa – tutkimus gerontologisen kuntoutuksen sosiaalityöstä. Licensaatintutkimus. Rovaniemi: Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. <http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=8578c5fb-98f7-46ad-a2d3-9471690f93f5>. Luettu 18.5.2017.
- Rostila, Ilmari (2001) Tavoitelähtöinen sosiaalityö. Voimavarakeskeisen ongelmanratkaisun perusteet. Jyväskylä: SoPhi.
- Ruusuvuori, Johanna (2001) Harvey Sacks: Arkielämän metodit ja keskusteluanalyysi. Teoksessa Vilma Hänninen, Jukka Partanen & Oili-Helena Ylijoki (toim.) Sosiaalipsykologian suunnan- näyttäjiä. Tampere: Vastapaino, 383–405.
- Ryan, Martin & Merighi, Joseph R. & Healy, Bill & Renouf, Noel (2004) Belief, optimism and caring: findings from a cross-national study of expertise in mental health social work. Qualitative Social Work 3(4), 411–429.
- Saarenpää, Ahti (2010) Kansalainen, yksilö oikeudellisesti kaiken keskipisteenä. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 75–137.
- Saarnio, Leena (2015) Työeläkekuntoutus vuonna 2014. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 5/2015. Helsinki: Eläketurvakeskus. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2015112620186>. Luettu 19.5.2017.
- Sacks, Harvey (1972) On the analyzability of stories by children. Teoksessa John Gumperz & Dell Hymes (toim.) Directions of Sociolinguistics. The Ethnography of Communication. New York: Holt, Rinehart & Winston, 325–345.
- Sacks, Harvey (1995) Vol. 1 Lecture 9 Character appears on cue; Good grounds for an action. Lectures on Conversation, Volumes 1 and 11. Edited by Gail Jefferson & Emanuel A. Schegloff. Oxford: Blackwell Publishing, 182–187.
- Schneiderman, Janet U. & Waugaman, Wynne R. & Flynn, Marilyn S. (2008) Nurse social work practitioner: a new professional for health care settings. Health and Social Work, 33 (2), 149–154.
- Sillanaukea, Päivi & Nyfors, Hanna & Palola, Elina & Tiainen, Milja (2015) Monialainen kuntoutus – tilannekatsaus. Sosiaali- ja terveystieteiden raportteja ja muistioita 2015:18. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3509-9>. Luettu 22.10.2016.
- Sipilä, Anita (2011) Sosiaalityön asiantuntijuuden ulottuvuudet – Tiedot, taidot ja etiikka työntekijöiden näkökulmasta kunnallisessa sosiaalityössä. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 28. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0537-6>. Luettu 22.10.2016.
- Sipilä, Jorma (1989) Sosiaalityön jäljillä. Helsinki: Tammi.



- SOSNET, sosiaalityön yliopistokoulutuksen yksiköiden muodostama yhteistyöverkosto. Kuntouttava sosiaalityö. <http://www.sosnet.fi/Suomeksi/Koulutus/Erikoistumiskoulutus/Ammatillinen-lisensiaatinkoulutus/Erikaisalat/Kuntouttava-sosiaalityo>. Luettu 31.5.2017.
- STM (2015) Sosiaalihuoltolaki. Soveltamisopas. <http://stm.fi/documents/1271139/1352015/Sosiaalihuoltolain+soveltamisopas.pdf/cb12a5c4-9bfa-4983-adf6-94ca18815f1b>. Luettu 22.10.2016
- Suominen, Sauli & Tuominen, Merja (2007) Palveluohjaus. Portti itsenäiseen elämään. Helsinki: Profami.
- Särkelä, Antti (2011) Välittäminen ammattina. Näkökulmia sosiaaliseen auttamistyöhön. Tampere: Vastapaino.
- Talentia (2016) Ammattihenkilö. Opas sosiaalihuollon ammattioikeuksista, vastuista ja valvonnasta. <http://talentia.e-julkaisu.com/2016/ammattihenkilo-opas>. Luettu 21.10.2016.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus (1998) Sosiaali- ja terveydenhuollon luokitus – opas luokituksen käyttöön ja näkökulmia palveluiden kehittämiseen (1998) Helsinki: Suomen Kuntaliitto ja Terveystieteiden tutkimuskeskus ry.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Tuusa, Matti (2005) Sosiaalityö ja työllistäminen – kuntouttavan sosiaalityön ammattikäytännöt kuntien aktivointi- ja työllistämispalveluissa. Tampere: Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. <http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=596ad5e0-facd-45cc-94a1-8e688b1f851>. Luettu 18.5.2017.
- Unkila, Kirsi (2015) Voimaantumisen ammatillisessa kuntoutuksessa. Vaikeassa työmarkkina-asetelmassa olevien kuntoutujien kertomuksia ammatilliselta kuntoutuskurssilta. Lisensiaatintutkimus. Tampere: Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. <http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=fc24c859-82e2-425b-90b1-c7a4d0de98d7>. Luettu 18.5.2017.
- Vaininen, Satu (2011) Sosiaalityöntekijät sosiaalisen ammatillisena. Sosiaalityöntekijöiden ja yhteistyökumppaneiden käsitykset sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijöiden ammatillisesta toiminnasta 2000-luvun alussa. Väitöskirja. Tampere: Tampere University Press. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8591-6>. Luettu 18.5.2017
- Vilkkumaa, Ilpo (2004) Kolme tapaa nähdä sosiaalinen kuntoutuksessa. Teoksessa Vappu Karjalainen & Ilpo Vilkkumaa (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes, 27–38.
- Välimaa, Outi (2011) Kategoriat ongelman selontekoina. Pitkäaikaistyöttömyydestä neuvottelemisen ja sen rakentuminen haastattelupuheessa. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tampensis 1589. Tampere: Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.

### *Lait ja asetukset*

- Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015) <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150817>. Luettu 21.10.2016.
- Lakiluonnos sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Keskenäisen luonnos 27.6.2016. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/2969576/02+J%C3%A4rjest%C3%A4mislaki+2016-06-27>. Luettu 22.10.2016.
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>. Luettu 21.10.2016.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Luettu 22.10.2016.





